

Koskinen Ulla, Kurkinen Mari

## Mielenterveyskuntoutujien näkemyksiä hoitotyön interventioista yksinäisyyden helpottamiseksi

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala

Sairaanhoitaja

Opinnäytetyö

Niina Eklöf

Päivämäärä 22.02.2013

Tekijä Otsikko  Sivumäärä Aika	Ulla Koskinen, Mari Kurkinen Mielenterveyskuntoutujien näkemyksiä interventioista yksinäisyyden helpottamiseksi 30 sivua + 5 liitettä 22.02.2013
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoitaja AMK
Ohjaaja	Lehtori Niina Eklöf
<p>Opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa mielenterveyskuntoutujien näkemyksiä interventioista yksinäisyyden helpottamiseksi. Työn tavoite oli edistää yksinäisyyden hoitoa mielenterveystyössä potilaslähtöisesti.</p> <p>Opinnäytetyön tehtiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen. Opinnäytetyössä haastattelu suoritettiin ryhmähaastatteluna teemahaastattelun menetelmin. Yhteistyökumppaniksi valittiin Helsingin kaupungin psykiatrinen sairaalaosasto. Osaston mielenterveyskuntoutajat viettävät aikaa paljon myös osaston ulkopuolella ja sitä kautta ovat potentiaalisia kokemaan yksinäisyyttä. Haastattelut suoritettiin syksyllä 2012. Haastatteluihin halukkaita osallistujia oli yhteensä n=10, ja haastattelut suoritettiin siten kahdessa viiden hengen ryhmässä.</p> <p>Mielenterveyskuntoutujien toivomia interventioita olivat tukiryhmät sekä koulutetut vapaaehtoiset. Interventioista itseapuryhmät ja vastavuoroiset ryhmät eivät saaneet paljoa kannatusta. Yleisesti interventioilta toivottiin, että ryhmänjäsenten tulisi olla samassa vaiheessa sairautta, jotta ryhmän toiminta olisi sujuvampaa ja vertaistuki toimisi paremmin.</p> <p>Mielenterveyskuntoutajat mielsivät, että yksinäisyyttä ei sellaisenaan käsitellä tarpeeksi. He toivoivat, että sitä käsiteltäisiin yksittäisinä interventiona/interventioina.</p>	
Avainsanat	yksinäisyys, interventio, mielenterveyskuntoutuja

Author Title Number of Pages Date	Ulla Koskinen, Mari Kurkinen Interventions that Facilitate Loneliness Among People with Mental Health Problems 30 pages + 5 appendices 22 February 2013
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programmed	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor	Niina Eklöf, Project Manager
<p>The purpose of our final project was to chart the views of interventions among people with mental health problems in order to facilitate loneliness. The goal was to promote the mental health care of loneliness in a patient-centered way.</p> <p>We made our final project by using the qualitative research method. Our final project was conducted as two thematic group interviews. A psychiatric hospital ward of the City of Helsinki, Finland worked as a partner in our final project. People with mental health problems on this hospital ward spent a lot of time outside the hospital ward and, therefore, they had the potential to experience loneliness. The interviews took place in autumn 2012. Interviews with willing participants had a total of n=10, and the interviews were carried out in two five-person groups.</p> <p>The results showed that people with mental health problems hoped for following interventions: support groups and trained volunteers. Self-help groups and reciprocal groups did not receive much support. In general, it was hoped that the possible members of the group should be at the same stage of the disease, so that support within the group would work better.</p> <p>People with mental health problems thought that loneliness as itself had not been handled much. They hoped that loneliness would be dealt with as individual intervention</p>	
Keywords	loneliness, intervention, a person with mental health problem

## Sisällys

1	Johdanto	2
2	Opinnäytetyön tausta	3
2.1	Yksinäisyys	3
2.1.1	Sosiaalinen yksinäisyys	4
2.1.2	Fyysinen ja emotionaalinen yksinäisyys	4
2.2	Yksinäisyys mielenterveyskuntoutujalla	5
2.3	Sosiaalinen tuki yksinäisyyttä helpottavana tekijänä	6
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	8
4	Aineiston keruu ja analysointi	8
4.1	Osallistujien valinta	8
4.2	Haastattelut	9
4.3	Sisällönanalyysi	11
5	Tutkimustulokset	12
5.1	Mielenterveyskuntoutujan yksinäisyyden kokeminen	12
5.2	Tukiryhmä interventiona	13
5.3	Itseapuryhmä interventiona	14
5.4	Vastavuoroinen ryhmä interventiona	16
5.5	Koulutetut vapaaehtoiset interventioina	18
5.6	Mielenterveyskuntoutujien toivomuksia interventioiden toteutumisesta	20
6	Pohdinta	22
6.1	Tulosten pohdinta	22
6.2	Eettisyyden pohdintaa	23
6.3	Luotettavuus	24
6.4	Jatkotutkimusaiheita	26
	Lähteet	27

## Liitteet

Liite 1. Saatekirje

Liite 2. Haastattelurunko

Liite 3. Kirjallinen suostumuslomake

Liite 4. Analyysi kategoriat

”Joku meistä on jäänyt yksin,  
jätetty yksin,  
jättäytynyt yksin.

Joillekin meistä avattiin ovi,  
avautui ovi,  
tai hän itse mursi sen auki  
yhteyteen muiden kanssa.

Joku meistä valitsi yksinäisyyden,  
uskaltautui siinä yhä syvemmälle  
löysi siitä ilon, turvan ja vapauden.

Joku meistä –  
ei, vaan jokin meissä –  
sinussa ja minussa.”

(Kilpeläinen 1980)

## 1 Johdanto

Yksinäisyys on yhteiskunnallisesti merkittävä asia. Se voidaan rinnastaa muihin ongelmiin kuten: ylipaino, perheväkivalta, tupakanpolttto ja turvavöiden käyttö. Nämäkin ongelmat olivat aikanaan yksityisasiota, joita yhteiskunta on alkanut sitten säädellä. Yksinäisten ihmisten on todettu käyttävän enemmän julkisia, verovaroin maksettuja terveyspalveluja. (Tamminen 2013.)

Yksinäisyys on henkilökohtaisesti koettu ilmiö. Kun toinen kaipaa yksinäisyyttä, saattaa se toiselle olla pelottavaa. (Ojala, Kontula 2002: 79.) Yksinäisyyttä voidaan käsitellä eri näkökulmista. Yksinäisyyden kolme näkökulmaa ovat sosiaalinen yksinäisyys, fyysinen yksinäisyys ja emotionaalinen yksinäisyys. (Heiskanen ym. 2006: 61.)

Yksinäisyys on todetusti yksi keskeisimmistä ongelmista mielenterveyskuntoutujilla. (Nilsson, Nåden, Lindström 2007: 161-162.) Psykkiset sairaudet ja siihen liittyvät kommunikaatiovaikeudet, huono itsetunto ja turhautuminen voivat pahentaa tai jopa aiheuttaa yksinäisyyttä. (Nevalainen 2009: 104-111, Lähteinen 2004:11.)

Yksinäisyyttä voidaan vähentää hoitotyössä interventioiden avulla. Teoreettisena lähtökohtana opinnäytetyössä olivat yksinäisyyttä helpottavat interventiot mielenterveyskuntoutujilla. Interventioita ovat sosiaalista verkostoa tukevat tukiryhmät, itseapuryhmät, psykososiaaliset kerhot, vastavuoroiset ryhmät ja koulutetut vapaaehtoiset (Perese ja Wolf 2005). Niiden on todettu vähentävän kyynisyyttä ja epäluottamusta sekä lisäävän yksinäisen itseisarvon tunnetta (Masi ym. 2011). Interventiot minimoivat myös mielenterveyskuntoutujien uusia sairaalajaksoja ja kriisejä. (Schwartz, Gronemann 2009: 121).

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa mielenterveyskuntoutujien näkemyksiä interventioista yksinäisyyden helpottamiseksi. Työn tavoite oli edistää yksinäisyyden hoitoa mielenterveystyössä potilaslähtöisesti.

## 2 Opinnäytetyön tausta

### 2.1 Yksinäisyys

Yksinäisyys voidaan määritellä yksilön subjektiiviseksi kokemukseksi (Lähteinen 2004:3). Kun toinen kaipaa yksinäisyyttä, saattaa se toiselle olla pelottavaa. (Ojala, Kontula 2002: 79.) Yksinäisyys tunnetaan myös fyysisenä kipuna. Magneettikuvista voidaan nähdä, että ajatus hylätyksi tulemisesta aktivoi aivoissamme saman alueen kuin fyysinen kipu. (Tamminen 2013.)

Aiemmat tutkimukset ovat keskittyneet käsittelemään mitä yksinäisyys on, mistä se johtuu ja mitä se aiheuttaa ihmiselle (Angell, Test 2002, Mostafanejad 2006, Laurder, Sharkey, Mummery 2004, Lähteinen 2004, Schwartz, Gronemann 2009, Nilsson, Nâden, Lindström 2007, Elisha, Castle, Hocking 2006:). Yksinäisyys liitetään psykologisiin ja somaattisiin sairauksiin, madaltuneeseen elämän tyytyväisyyteen, alkoholismiin ja itsemurhaan (Lauder, Sharkey, Mummery 2004:88, Weiner, Roe, Mashiach-Eizenberg, Baloush-Kleinman, Maoz, Yanos 2009:390) ja sen on todettu lisäävän kuolleisuutta (Ruuskanen 2011).

Yksinäisyyteen on paljon syitä. Se voi olla vapaaehtoista tai pakollista. (Nevalainen 2009: 18-19, Lähteinen 2004:4.) Ihminen voi valita yksinäisyyden, koska hän ei tarvitse muita ja viihtyy yksin. Yksinäisyys on vapaaehtoista myös silloin, kun siihen päädytään ihmissuhteiden loukkaamisen tai luottamuksen menettämisen takia. (Nevalainen 2009: 18-19, Lähteinen 2004:4.) Pakollista yksinäisyyttä voi aiheuttaa muun muassa psyykinen sairaus. Ihmiset, joilla on mielenterveysongelmia saattavat eristäytyä tai joutua ympäristönsä eristämäksi. Mielenterveyshäiriön aiheuttamaa poikkeavaa käytöstä saat-  
taa läheisten olla vaikea sietää tai hyväksyä, ja ihminen voi joutua hylätyksi. (Heiskanen, Salonen, Sassi 2006: 61-62.)

Alttius yksinäisyyteen voi kulkea geeneissä. Tutkijaryhmä Yhdysvalloista ja Hollannista tutki yli 8000 kaksosta. Tutkimuksesta selvisi, että identtisten kaksosten kokemukset yksinäisyydestä muistuttivat toisiaan enemmän kuin eri munasten kaksosten. Vanhemmat voivat siirtää yksinäisyyden lapsilleen muutakin kautta kuin geeniteitse. Tätä teoriaa kutsutaan sosiaalisesti oppimiseksi. Vanhemman sosiaalisten taitojen puute voi

vaikuttaa lapsen sosiaalisiin kykyihin, koska lapsi ei saa aikuiselta mallia erilaisiin sosiaalisiin tilanteisiin. Siten alttius yksinäisyyteen voi kulkea perheessä. (Tamminen 2013.)

Yksinäisyys lisää riskiä sairastua tai kuolla. Yksinäisten ihmisten on todettu käyttävän enemmän julkisia, verovaroin maksettuja terveyspalveluja. Siten yksinäisyyttä voidaan pitää yhteiskunnallisena asiana ja verrata muihin ongelmiin kuten: ylipaino, perheväkivalta, tupakanpoltto ja turvavöiden käyttö. Nämäkin ongelmat olivat aikanaan yksityisasi- asioita, joita yhteiskunta on alkanut sitten säädellä. (Tamminen 2013.)

Yksinäisyyttä voidaan käsitellä eri näkökulmista. Yksinäisyyden näkökulmia ovat sosiaalinen yksinäisyys, fyysinen yksinäisyys ja emotionaalinen yksinäisyys. (Heiskanen ym. 2006: 61.)

#### 2.1.1 Sosiaalinen yksinäisyys

Sosiaalista yksinäisyyttä ja eristäytyneisyyttä pidetään usein synonyymeinä. Sosiaalisella eristäytyneisyydellä kuitenkin tarkoitetaan objektiivista sosiaalisten suhteiden ja kanssakäymisten määrää, kun taas yksinäisyys vaikuttaa havaittuun eristäytyneisyyteen tai hylkiönä olemisen tunteeseen. Yksinäisyys assosioi enemmän laatuun kuin numeraaliseen suhteiden määrään. (Masi, Chen, Hawkley, Cacioppo 2011, Lähteinen 2004:3.) Sosiaalisesti yksinäinen on usein välinpitämätön ja passiivinen eikä jaksa huolehtia itsestään (Heiskanen, Saaristo 2011: 68-69). Yksinäinen reagoi iloon passiivisemmin kuin muut eikä selviydy ongelmatilanteissa yhtä hyvin kuin sosiaalisesti viritäytynyt ihminen (Saari 2009: 45- 46).

#### 2.1.2 Fyysinen ja emotionaalinen yksinäisyys

Fyysinen yksinäisyys tarkoittaa sitä, että ihmisellä ei ole ketään, jota koskettaa ja johon turvata. Se on konkreettista kaipuuta toiseen ihmiseen eikä pelkästään seuran puutetta. (Heiskanen, Salonen, Sassi 2006: 61.) Emotionaalinen yksinäisyys on henkistä etäisyyttä muihin ihmisiin. Se on toisenlaista yksinäisyyttä kuin sosiaalinen yksinäisyys, jonka voidaan katsoa olevan määrällisesti mitattavaa ja objektiivisesti havaittavaa. (Heiskanen Saaristo. 2011: 67.) Emotionaalisesti yksinäinen voi tuntea tyhjyyttä myös ryhmässä, olla ahdistunut tai tuntea itsensä tarpeettomaksi (Heiskanen ym. 2006: 62).



## 2.2 Yksinäisyys mielenterveyskuntoutujalla

Yksinäisyys on yksi keskeisimmistä ongelmista mielenterveyskuntoutujilla (Nilsson ym. 2007: 161, Humphrey Beebe 2009:52, Laurder ym. 2004:88-89, Angel, Test 2002: 259, Mostafanejad 2006:183, Borge, Martinsen, Ruud, Watne, Friis 1999, Elisha ym. 2006). On arvioitu, että puolet mielenterveyskuntoutujista (n=107) kokee yksinäisyyttä (Borge ym. 1999). Potilaiden yksinäisyys lisääntyy, kun potilaat kotiutetaan sairaalasta avohoittoon. Yksinäisyys merkitsee sosiaalisen verkoston puuttumista. Osaltaan yksinäisyys voi aiheuttaa psyykkisen sairauden uusiutumisen ja sairaalaan joutumisen. (Salokangas, Stengård, Honkonen, Koivisto, Saarinen 2000: 182.)

Psyykkisistä sairauksista eräät yleiset kuten masennus, skitsofrenia, persoonallisuushäiriöt ja psykoottiset tilat näyttävät liittyvän keskeisellä tavalla yksinäisyyteen. Psyykkisiin sairauksiin liittyvät kommunikaatiovaikeudet, huono itsetunto ja turhautuminen voivat pahentaa tai aiheuttaa yksinäisyyttä. (Nevalainen 2009: 104-111, Lähteinen 2004:11.)

Schwartzin ja Gronemannin tutkimuksessa on tuotu esille mielenterveyskuntoutujien kykenemättömyyttä ihmissuhteissa (Schwartz, Gronemann 2009: 121-122). Uusien ihmissuhteiden luominen kun on normaalistikin haastavaa, se voi mielenterveyskuntoutujalle olla ylitsepääsemättömän vaikeaa (Heiskanen ym. 2006:61, Stein, Dworsky, Phillips, Hunt 2005:130). Elishan, Castlen, Hockingin tutkimus, jonka otos oli 3800, vastaajista 85 prosenttia kertoi mielenterveysongelman vaikuttavan ystävien määrään negatiivisesti (Elisha ym. 2006:283).

Sairastumiseen liittyy usein syyllisyyttä ja häpeää, mikä heikentää niin halua kuin taitoa olla vuorovaikutuksessa muiden kanssa (Nevalainen 2009: 104-111). Sairastaminen vie lisäksi energiaa kyvystä sosialisoida muiden ihmisten kanssa (Nevalainen 2009: 104-111). Yksinäiset saavat apua mielenterveyspalveluista ja lääkityksestä, mutta ihmisten ilmoille pääsy voi olla kuitenkin vaikeaa. (Tamminen 2013).

## 2.3 Sosiaalinen tuki yksinäisyyttä helpottavana tekijänä

Kirjallisuuden osoittamat tulokset todistavat, että sosiaalinen tuki vähentää yksinäisyyden tunnetta (Schwartz, Gronemann 2009: 121-122, Elisha ym. 2006:281). Mielenterveyskuntoutujien sosiaalisen verkoston olemassaololla on tärkeitä vaikutuksia heidän elämänlaatuun ja sairauden ennusteeseen. (Elisha ym. 2006:281). Sosiaalisen tuen olemassaolo voi parantaa mielenterveyskuntoutujien terveyttä, lievittää oireita ja vähentää uusia sairaalajaksoja ja kriisejä (Schwartz, Gronemann 2009: 121-122, Elisha ym. 2006:281, Weiner ym. 2009:390).

Hoidettaessa mielenterveyskuntoutujan yksinäisyyttä hoitajan pitää valita sopivat interventiot, jotka ottavat huomioon potilaan toimintakyvyn ja puutteet siinä sekä sen hetkisen sosiaalisen verkoston (Perese, Wolf 2005: 603-605). Sosiaalista tukea tarjoavat myös kolmannen sektorin vapaaehtoiset vertaistyöntekijät. Vertaistyöntekijä on mielenterveyskuntoutuja, jolla on omakohtaista kokemusta mielenterveyden häiriöstä. Vertaistyöntekijä voi kenties ottaa puheeksi sellaisiakin asioita, joista ammattilaisten on vaikeaa puhua. Tuki ei rajoitu vain yhteisistä ongelmista tai sairauksista puhumiseen, vaan kuntoutuja voi jakaa asioita, tunteita ja kokemuksia vertaisensa kanssa. Vertaisasiantuntijuuden yhdistäminen ammattilaisten osaamiseen vahvistaa hoitoa ja kuntoutusta. (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE 2009:21.)

Yksinäisyyttä voidaan vähentää hoitotyön interventioiden avulla (Masi, Chen, Hawkley, Cacioppo 2011 sekä Humphrey Beebe 2009, Perese ja Wolf 2005). Mielenterveyskuntoutujien yksinäisyyttä helpottavina tärkeimpinä interventioina mainitaan sosiaalista verkostoa tukevat interventiot. (Masi ym. 2011.)

Sosiaalista verkostoa tukevia interventioita mielenterveyskuntoutujilla ovat Peresen ja Wolfin tutkimuksen mukaan tukiryhmät, itseapuryhmät, psykososiaaliset kerhot, vastavuoroiset ryhmät ja koulutetut vapaaehtoiset. (Perese ja Wolf 2005.) Nämä interventiot toimivat opinnäytetyön teoreettisena lähtökohtana.

Tukiryhmä on ammattilaisen vetämä ryhmä. Ammattilainen pitää ryhmän koossa ja tekee ryhmästä turvallisen osanottajille. Tukiryhmien tavoitteena on lisätä selviytymiskeinoja ja vahvistaa minäkuvaa. Neuvojen ja palautteen antaminen, tiedon jakaminen ja ihmissuhdetaitojen rakentamien ovat keinoja tavoitteisiin pääsemiseksi. Tukiryhmät

ovat onnistuneet kasvattamaan sosiaalista verkostoa ja ryhmän jäsenistä välittämistä, onnistuneet tarjoamaan neuvoja ongelmien ratkaisemiseksi ja parantavat elämänlaatua. (Perese ja Wolf 2005: 596-597.)

Itseapuryhmässä ryhmänvetäjän rooli on pienempi kuin tukiryhmässä. Ryhmässä ryhmänjäsenet tuovat itse esille asioita, joista haluavat jutella. Ryhmänvetäjä esittää näihin ongelmiin selviytymistekniikoita ja -menetelmiä. Jäsenet tukevat toisiaan päivittäisissä ongelmissa ja vaihtavat tietoa ja taitoja keskenään. Itseapuryhmä on avoin: ryhmään voi liittyä milloin haluaa ja ryhmässä pysyminen on vapaaehtoista. (Perese ja Wolf 2005:598.)

Psykososiaalinen kerho on vapaamuotoisempi interventio, eikä se tarjoa muiden interventioiden tavoin apua mielenterveysongelmassa. Psykososiaalinen kerho antaa mahdollisuuden muodostaa ihmissuhteita. Psykososiaalisten kerhojen tarkoitus on parantaa mielenterveyskuntoutujan elämää, jotta he pystyisivät toimimaan osana sosiaalista yhteisöään. (Perese ja Wolf 2005:597.)

Vastavuoroisessa ryhmässä luodaan sosiaaliset roolit ryhmänjäsenille, kuten ryhmänvetäjän rooli, toiminnanvetäjän rooli ja ryhmäedustajan rooli. Roolien tarkoituksena on mahdollisuus auttaa toinen toisiaan. Vastavuoroisen ryhmän toiminnassa korostuvat strukturoidut toimintatavat ja rutiinit. Tarkoituksena on luoda uusia selviytymismalleja. Näiden ryhmien toiminnasta on vain hyvin vähän tutkimustietoa. Olemassa oleva tieto kuitenkin puoltaa sitä, että psykiatriset oireet, sairaalajaksot ja sosiaalinen eristäytyminen vähenevät. (Perese ja Wolf 2005:599.)

Koulutetut vapaaehtoiset viettävät aikaa potilaan kanssa joko kasvatusten tai puhelimessa. Vapaaehtoisille annetaan koulutusta liittyen mielenterveyshäiriöihin. Koulutuksen avulla he pystyvät toimimaan mielenterveyskuntoutujan vapaaehtoisena ystävänä. Vapaaehtoiset ystävät parantavat mielenterveyskuntoutujien turvallisuuden tunnetta, itsetuntoa ja kommunikaatiokykyä. (Perese ja Wolf 2005:599-600.)

### 3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa mielenterveyskuntoutujien näkemyksiä hoitotyön interventioista yksinäisyyden helpottamiseksi. Työn tavoite on edistää yksinäisyyden hoitoa mielenterveystyössä potilaslähtöisesti.

Opinnäytetyöllä haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin.

1. Millaisia näkemyksiä mielenterveyskuntoutujilla on hoitotyön interventioista yksinäisyyden helpottamiseksi?
2. Mitä hyvää/huonoa mielenterveyskuntoutajat kokevat interventioissa olevan?

### 4 Aineiston keruu ja analysointi

#### 4.1 Osallistujien valinta

Tarkoituksellista otantaa käytetään laadullisessa tutkimuksessa, jotta saadaan uutta näkemystä tutkittavaan alueeseen. Tarkoituksellisessa otannassa tutkijat valitsevat tarkoituksellisesti miten prosessi rajataan: osallistujien määrän, paikan ja otannan. (Burns, Grove 2009: 355.)

Tällaisen otannan avulla voidaan yrittää sisältää tutkimukseen tyypillisiä tai ei tyypillisiä osallistujia ja tilanteita. Tutkijoiden tulee indikoida haastateltavien ominaisuuksia, joita he haluaisivat haastateltavilla olevan, jotta saadaan oleellista tietoa tutkimukseen. (Burns, Grove 2009: 355.) Yhteistyökumppaniksi valittiin Helsingin kaupungin psykiatri-nen sairaalaosasto, joihin oltiin opinnäytetyön tekijöiden puolelta yhteydessä. Opinnäytetyöhön valittiin kyseinen osasto, koska osaston mielenterveyskuntoutajat viettävät aikaa paljon myös osaston ulkopuolella ja ovat sitä kautta potentiaalisia kokemaan yksinäisyyttä. He eivät ole myöskään akuutissa vaiheessa sairauttaan ja pystyvät siten käsittelemään mahdollista yksinäisyyttään paremmin.

Otanta oli 15 mielenterveyskuntoutujaa, koska potilasmäärä osastolla on 15. Jokaisella osaston mielenterveyskuntoutujalla oli yhtäläinen mahdollisuus osallistua tutkimukseen. Tutkijat voivat ottaa otantaan eri-ikäisiä osallistujia, joilla on erilaisia diagnooseja ja ovat eri vaiheissa sairautta (Burns, Grove 2009: 355). Opinnäytetyön tekijät eivät

tienneet haastateltavien diagnooseja, sairauden vaiheita tai ikää. Näiden tekijöiden ei oletettu vaikuttavan opinnäytetyön tuloksiin oleellisesti.

Opinnäytetyölle haettiin tutkimuslupaa Helsingin kaupungin terveyskeskukselta. Lupa saatiin 22.10.2012. Tämän jälkeen opinnäytetyön suunnitelmaan tehtiin Helsingin kaupungin terveyskeskuksen ehdottamat korjaukset. Haastattelu aikataulu sovittiin yhteistyökumppanin kanssa. Opinnäytetyöstä lähetettiin suunnitelmaosa ja saatekirjeet sähköpostitse yhteistyökumppanille. Osaston hoitajat jakoivat haastattelijoiden pyynnöstä saatekirjeet mielenterveyskuntoutujille ja antoivat lisäinformaatiota mielenterveyskuntoutujien pyynnöstä (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 1999). Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja siitä sai halutessaan vetäytyä. Osaston mielenterveyskuntoutujille tiedotettiin saatekirjeessä, että tutkimuksesta kieltäytyminen ei vaikuta hoitoon millään tavalla. (Liite 1.)

#### 4.2 Haastattelut

Haastattelut ovat suullista kommunikaatiota, jonka aikana haastateltavat tarjoavat informaatiota tutkijoille (Burns, Grove 2009: 403). Laadullisessa tutkimuksessa jokainen vastaus ja näkemys ovat tulokselle tärkeää. Vastausten määrällä ei ole niinkään merkitystä.

Opinnäytetyössä haastattelu suoritettiin ryhmähaastatteluna teemahaastattelun menetelmin. Teemahaastattelua voidaan pitää strukturoidun ja strukturoimattoman haastattelun välimuotona, eli puolistrukturoituna. Teemahaastattelun avulla saadaan paremmin tutkittavien ääni kuuluviin. Teemahaastattelu ottaa huomioon keskeisesti ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioilleen antamaansa merkitykset, samoin kuin sen, että merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. Teemahaastattelun aihepiiri on kaikille haastatteluun vastaajille sama. Teemahaastattelussa puuttuu strukturoidulle lomakehaastattelulle luonteenomainen kysymysten tarkka muoto, mutta se ei ole täysin vapaa haastattelumenetelmä. (Hirsjärvi, Hurme 2011: 47-48.) Haastatteluissa käytettiin haastattelurunkoa, joka muodostettiin teoreettisen lähtökohdan avulla. (Liite 2.)

Teemahaastattelu on lähempänä strukturoimatonta, eli avointa haastattelua kuin strukturoitua haastattelua. (Hirsjärvi, Hurme 2011: 47-48.) Avoimen haastattelun on koettu sopivan hyvin arkaluontoisten asioiden ja helposti tiedostamattomien asioiden käsitteilyyn. (Vuorela 2005: 38-39.) Opinnäytetyössä pohdittiin yksinäisyyttä, joka voi olla poti-

laille arkaluontoinen tai tiedostamaton asia. Kun haastateltava voi vastata kysymyksiin omin sanoin, hän voi esittää vastauksensa ja ajatuksensa vapaammin, jolloin vastauskin on todenmukaisempi (Vuorela 2005: 40.)

Vastauksia kerättiin ryhmähaastattelun avulla, koska osaston mielenterveyskuntoutujat ovat tottuneet toimimaan, työskentelemään ja jakamaan ajatuksia sekä kokemuksia ryhmässä. Ryhmähaastattelussa ryhmän jäsenillä on samankaltaisia kokemuksia ja he ovat kiinnostuneita muiden mielipiteistä. Ryhmähaastattelussa ryhmänjäseniä on hyvä olla 6-8 henkilöä (Vuorela 2005: 40). Haastatteluihin halukkaita osallistujia oli yhteensä  $n=10$ . Haastattelut suoritettiin kahdessa viiden hengen ryhmässä, joka mahdollisti jokaisen haastateltavan tasapuolisen osallistumisen.

Koska tutkimukseen osallistuvilla oli mielenterveysongelmia, he kuuluivat niin sanottuun haavoittuvaan ryhmään. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2009: 180). Jokainen tutkimukseen osallistuva allekirjoitti erillisen kirjallisen suostumuslomakkeen. Suostumuslomakkeessa mainittiin tutkimuksen vapaaehtoisuus ja oikeus kieltäytyä siitä. Lisäksi opinnäytetyön tekijät allekirjoittivat haastatteluun osallistuvan suostumuksen. (Liite 3.)

Haastattelut suoritettiin syksyllä 2012 yhteistyökumppanin tiloissa kahtena erillisenä päivänä. Mielenterveyskuntoutujat päättivät itse kumpana päivänä haastatteluun osallistuvat. Potilaille kerrottiin, että haastattelut tullessa nauhoittamaan. Tallenteiden toimivuuden varmentamiseksi käytettiin neljää nauhuria. Haastattelu tehtiin osastolla huoneessa, joka on rauhallinen ja syrjässä osaston muusta toiminnasta.

Tunnelman rentouttamiseksi käytiin ensin vapaata keskustelua. Haastattelu suoritettiin keskusteltavaan tyyliin ja haastateltavia kehoitettiin vastaamaan vapaasti kysymyksiin. Kyllä/ei -tyyppisiin vastauksiin kysyttiin lisäkysymyksiä. Haastattelu pidettiin aihepiirinsisällä muistaen sen tarkoitus. Haastattelutilanteet etenivät tasapainoisesti ja jokainen osallistuja sai kertoa asiansa muiden häiritsemättä. Haastateltavat saivat tukea toisiltaan haastattelun aikana ja uskalsivat myös kertoa eriäviä mielipiteitä. Opinnäytetyön tekijät toimivat haastateltavia kohtaan kohteliaasti ja osoittivat heille hyväksyntää. Lopuksi haastateltavia kiitettiin osallistumisesta. (Burns, Grove 2009: 510-511.) Haastattelut kestivät kumpikin noin 50 minuuttia.

### 4.3 Sisällönanalyysi

Aineisto analysoitiin deduktiivista sekä induktiivista sisällönanalyysiä käyttäen. Analuusirungon mukaisia teoriasta saatuja interventioita on analysoitu deduktiivisesti. Mielenterveyskuntoutujan toivomukset interventioista muodostuivat analyysirungon ulkopuolelta ja siten tämä kohta on analysoitu induktiivisesti. Deduktiivisessa sisällönanalyysissä edetään yleisestä yksityiskohtaiseen, päinvastoin kuin induktiivisessa sisällönanalyysissä. Analyysin ensimmäinen vaihe oli haastattelujen purkaminen sanatarkasti. Haastatteluiden ja litteroinnin yhdenmukaisuus tarkastettiin. Litteroitua tekstiä luettiin useamman kerran ja siitä muodostettiin kokonaiskuva.

Deduktiivista sisällönanalyysiä ohjaavat aikaisemmasta tutkimuksesta tai teoriasta muodostetut teemat tai sisältöluokat. Sisällönanalyysiin käytetään yleensä analyysirunkoa, johon sisällöllisesti sopivia asioita etsitään aineistosta. Deduktiivinen sisällönanalyysi voi tapahtua siten, että aineistosta poimitaan vain ne käsitteet, jotka kuuluvat luokitusrunkoon, tai siitä voidaan poimia myös käsitteet, jotka kuvaavat tutkittavaa ilmiötä, mutta eivät kuulu luokitusrunkoon. (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen, Kanste 2011: 114, 139, Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2009:135.) Teoreettisena lähtökohtana olivat Peresen ja Wolfin interventiot mielenterveyskuntoutujilla. Peresen ja Wolfin tutkimuksen luotettavuudesta kertoo se, että se on valittu Masi ym. 2011 meta-analyysiin. (Perese, Wolf 2005: 603-605.) Analyysirungosta jätetään pois yksi Peresen ja Wolfin interventio, joka on psykososiaaliset kerhot. Tämä interventio jäi pois, koska interventiota toteutetaan osastohoidon ulkopuolella, eikä se kuulu mielenterveyspalveluiden joukkoon.

Deduktiivisessa osiossa käytettiin teoreettisen lähtökohtaan pohjautuvaa analyysirunkoa. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 8). Pääkategoriat määritettiin aikaisemman tiedon pohjalta. Aineistosta etsittiin sitten pääkategorioiden sisältöä kuvaamia lausumia ja ne kategorisoitiin ala- ja yläluokiksi. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 113-115.) Induktiivisessa osiossa aineistosta etsittiin tutkimuskysymysten mukaisia alkuperäisilmauksia. Alkuperäisilmauksista muodostettiin sitten pelkistettyjä ilmauksia. Pelkistetyt ilmaukset kirjattiin taulukkoon mahdollisimman yksinkertaisilla ja selkeillä, silti alkuperäisilmauksia mahdollisimman hyvin kuvaavilla lauseilla. Pelkistyksen jälkeen aineisto abstrahoitettiin, eli samaa tarkoittavista pelkistetyistä ilmauksista muodostettiin kategorioita. (Liite 4.) Raportoinnissa käytetään suoria lainauksia, kuitenkin niin ettei yksittäistä vastaajaa

pystyä tunnistamaan, eli anonymiteetti säilyy. Haastateltavista käytetään V-tunnusta (V1-V10), joka tarkoittaa kysymykseen vastaajaa.

## 5 Tutkimustulokset

### 5.1 Mielenterveyskuntoutujan yksinäisyyden kokeminen

Mielenterveyskuntoutujilta kysyttiin yksinäisyyden kokemisesta ennen varsinaisen haastattelun alkua. Vastaajat kertoivat kokevansa yksinäisyyttä päivittäin. Yksinäisyys tulee entistä vahvemmin esille mielenterveyskuntoutujalla, kun he ovat poissa osastolta. Heidän yksinäisyyttään osastolla helpottavat muut potilaat ja hoitajat.

*V9: Tää on vähän siitä harvinainen paikka et täällä sitä tunnetta ei oikeestaan oo, et se on melkein et kun astuu portista ulos ni se tapahtuu sitte*

Yksinäisyyden syiksi kerrottiin niin ulkoiset kuin sisäisetkin syyt. Ulkoisia syitä yksinäisyydelle oli muun muassa se, että ihmiset puuttuvat kokonaan ympäriltä. Ei ole ketään, jonka kanssa jakaa elämää. Yksinäisyyden kokemiseen vaikutti myös se, että koetaan, että ympärillä ei ole itsensä kanssa tasavertaisia ihmisiä. Arjen puuttuminen aiheuttaa sitä, että normaalisti elämään kuuluvat ihmiset, kuten työkaverit tai opiskelukaverit jäävät pois elämästä. Koettiin, että yksinäisyys johtuu monesti sairaudesta. Vastaajat mielsivät, että he eivät välttämättä jaksakaan itse pitää yhteyttä läheisiin ja läheisiltä puuttuu ymmärrys sairauteen. Osaksi myös koettiin, ettei läheisiä haluta rasittaa sairaudella.

*V4: Koen olevani erittäin yksinäinen. En tapaa ihmisiä laisinkaan, että ainoita asioita mitä sanoo päivän aikana niin ”kiitos ja ole hyvä” kaupan kassalle.*

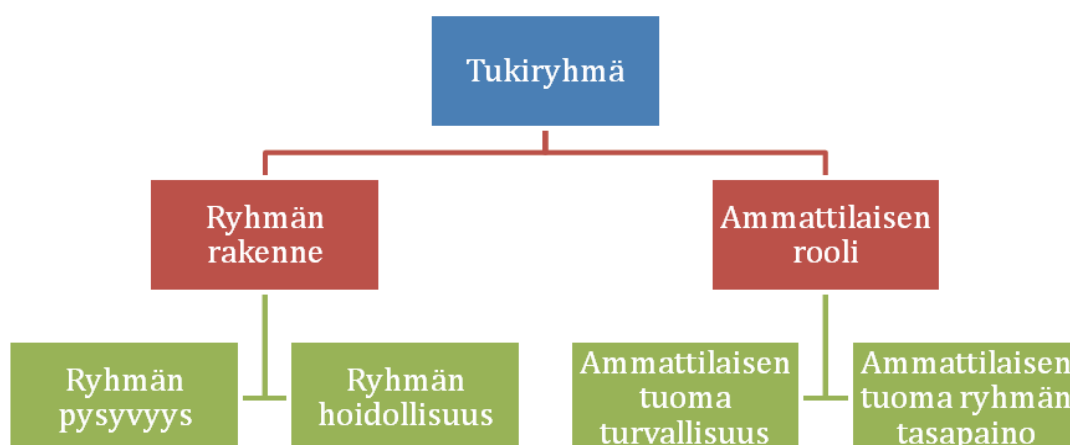
*V5: Siis mun yksinäisyys johtuu periaatteessa pelkästään sairaudesta. Se johtuu sairaudesta, koska se vaikuttaa mielialaan se vaikuttaa talouteen, harrastuksiin. Kaikkia asioita on jäänyt pois, sairaudesta johtuen mä oon yksinäinen.*



Sisäisiksi syiksi yksinäisyydelle kerrottiin omien sosiaalisten taitojen puutteesta johtuva yksinäisyys. Vastaajat kokivat, että heikentyneiden sosiaalisten taitojen vuoksi ei välttämättä pysty samanlaiseen sosiaaliseen kanssakäymiseen kuin ”terve” ihminen. Yksinäisyyttä kerrottiin koettavan myös ihmisten ympäröimänä, eli vaikka ympärillä on ihmisiä kuten esimerkiksi aviopuoliso, oma lapsi tai osaston muut potilaat, yksinäisyyttä ja sosiaalista eristäytyneisyyttä tunnetaan siitä huolimatta. Tämä on emotionaalista yksinäisyyttä. Häpeän tunne aiheuttaa yksinäisyyttä. Ihmisjoukkoihin on vaikea mennä, kun itsetunto on alhainen.

*V2: Mä olen naimisissa ja mulla on kaikki ok. Sairauden kanssa mä oon yksin.*

## 5.2 Tukiryhmä interventiona



Kuvio 1: tukiryhmä

Tukiryhmästä puhuttaessa esille nousivat intervention rakenteeseen kuuluvat asiat sekä ammattilaisen rooli. Ryhmän rakenteen pysyvää luonnetta sekä hoidollisuutta pohdittiin monesta eri näkökulmasta. Ryhmän pysyvässä luonteessa hyvänä pidettiin sitä, että interventiossa ryhmän jäsenet eivät vaihdu ja aika on kaikille kiinteä. Intervention valmis rakenne koettiin hyväksi asiaksi. Huonona pidettiin sitä, että interventiossa ryhmä kokoontuu säännöllisesti. Jos ryhmän ajallinen kesto olisi 45 minuuttia, sen pit-

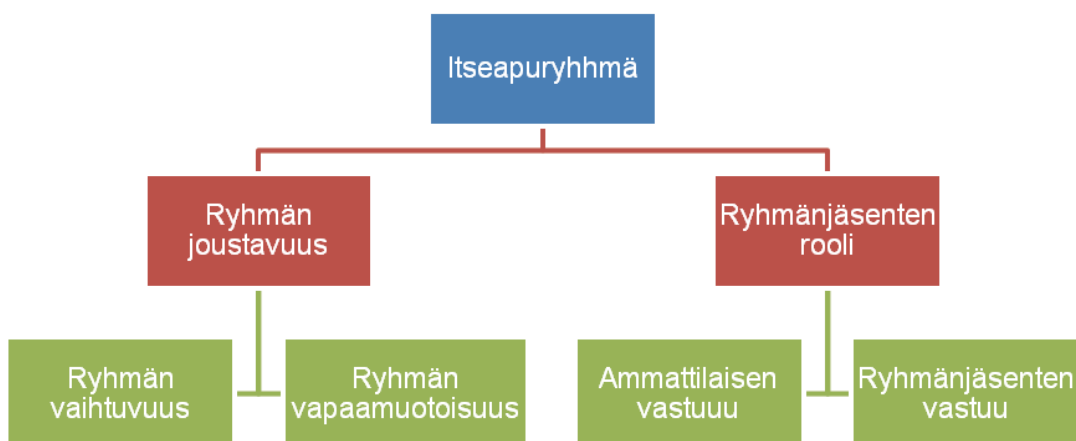
kää kestoa pidettäisiin antoisana, mutta raskaana. Ryhmän hoidollisuuden koettiin auttavan sairauden hoidossa ja mahdollistavan sosiaalisten taitojen oppimisen.

Ammattilaisen rooli jaettiin kahteen luokkaan: ammattilaisen tuomaan turvallisuuteen ja ammattilaisen tuomaan ryhmän tasapainoon. Ammattilaisen tuoman turvan ajateltiin olevan sitä, että ammattilainen esimerkiksi osaa estää ryhmänjäseniä kuormittumasta liikaa. Ammattilaisen koettiin tuovan turvaa ryhmään. Yhden vastaajan pelko oli se, että ammattilaisen vastuu ei toteutuisi, vaan lähimmäisiä kuormitettaisiin liikaa.

Vastaajien mielestä ammattilainen puolestaan tasapainottaisi ryhmää osaamalla nostaa oikeita asioita esille ja pitämällä keskustelun aiheen sisällä, jotta keskustelu ei lähtisi rönstyilemään. Ammattilainen takaisi laadun toiminnalle. Ammattilaisen ajateltiin jakavan puheenvuorot tasaisesti, ja hiljaisetkin mielipiteet tulisivat näin esille. Hyväksi asiaksi koettiin myös se, että aiheet on annettu henkilökunnan taholta.

*V10: Ja se just se ammattilaisuus siinä vetäjässä, että se on semmoinen turvasatama siinä. Jos voi huonosti, niin silti menee sinne, kun on joku ammattilainen ottamassa haaviin.*

### 5.3 Itseapuryhmä interventiona



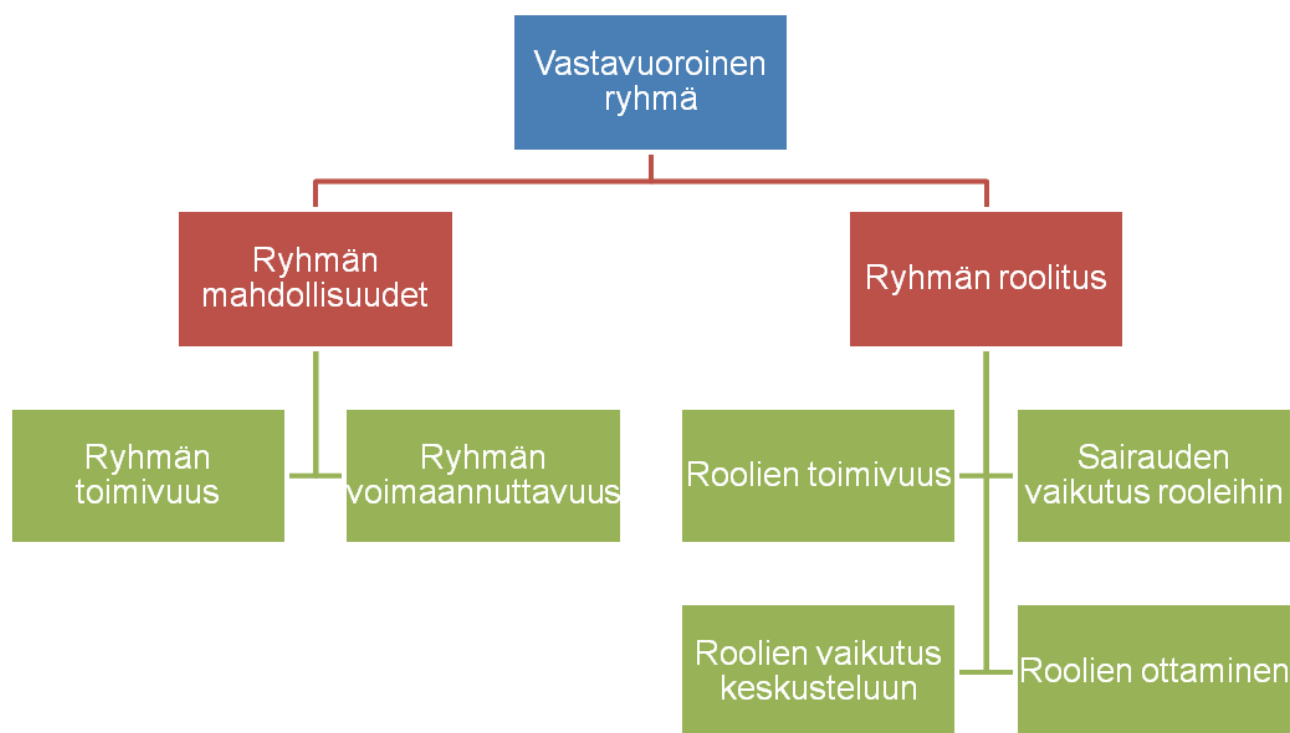
## Kuvio 2: itseapuryhmä

Itseapuryhmästä puhuttaessa esille nousivat ryhmän joustavuus sekä ryhmänjäsenten rooli. Itseapuryhmän kohdalla mielipiteet olivat enemmän negatiivisia kuin positiivisia. Ryhmän joustavuuteen muodostui kaksi luokkaa: ryhmän vaihtuvuus sekä vapaamuotoisuus. Ryhmän vaihtuvuus koettiin huonona asiana. Jäsenten vaihtuvuuden koettiin vähentävän ryhmän keskinäistä luottamusta. Kyseisessä ryhmässä myös kipeiden asioiden kertominen koettiin vaikeaksi. Yksi vastaajista kuitenkin koki, että hyvää on se, että ryhmään voisi mennä tai olla menemättä oman jaksamisen mukaan. Ryhmän vapaamuotoisuus tuli keskustelussa ilmi siten, että interventio koettiin olevan sopiva muoto vapaaseen keskusteluun ja sosiaalisen kanssakäymisen harjoittamiseen.

*V6 Must sellainen avoin ryhmä ylipäättään, jossa väki tulee ja menee se on ihan sama kuin Nestorin kahvila. Tuiki tuntemattomien kanssa pitäis omista asioista... ei kuulosta kauheen luottamusta herättävältä tai järkevältä.*

Ryhmänjäsenten rooli jaettiin kahteen luokkaan: ammattilaisen vastuuseen ja ryhmänjäsenten vastuuseen. Ammattilaisen vastuuseen koettiin kuuluvan ryhmän koordinointi. Hänen tehtäviinsä miellettiin myös sen valvominen, että ryhmänjäsenet tulevat kuuluisiksi. Ammattilaisen vastuu koettiin hyväksi silloin, kun ryhmänjäsenet eivät itse osaa tuoda asioita kattavasti esille. Ryhmänjäsenten vastuuseen miellettiin se, että potilaat toisivat ongelmia itse esille. Sitä pidettiin hyvänä asiana. Vastaajat kokivat, että ulkopuolisen voisi olla vaikeaa tuoda heille tärkeitä asioita esille. He kokisivat myös lohduttavana kuulla, että muilla on samantapaisia ongelmia. Ryhmän toimivuuden ajateltiin olevan riippuvainen ryhmänjäsenten sairauden vaiheista.

#### 5.4 Vastavuoroinen ryhmä interventiona



Kuvio 3: vastavuoroinen ryhmä

Vastavuoroisesta ryhmästä puhuttaessa esille nousivat ryhmän mahdollisuudet sekä roolitus. Ryhmän mahdollisuuksiin kuului ryhmän toimivuus sekä ryhmän voimaannuttavuus. Ryhmän toimivuuteen ei uskota tai ei ainakaan uskota sen toimivan ainoana tapana. Ajatus ryhmästä tuntui pelottavalta ja vaaralliselta. Ryhmän toimivuuteen miellettiin myös se, että ryhmäjäsenten tulisi olla samassa vaiheessa sairautta.

Ryhmän voimaannuttavuutta oli esimerkiksi se, että interventio voisi toimia ikään kuin siedätyshoitona potilaan joutuessa epämukavuusalueelle. Vastaajat ajattelivat, että interventio voisi mahdollisesti auttaa mukautumisessa arkielämän rooleihin kuten työroolin. Ryhmästä ajateltiin, että se voisi tuoda uusia yllättäviä näkökantoja esille. Vas-

taajat mielsivät, että intervention avulla heikkoudet voisivat kääntyä vahvuuksiksi, kun pitäisi ottaa vastuu annetusta roolista ja olla esillä.

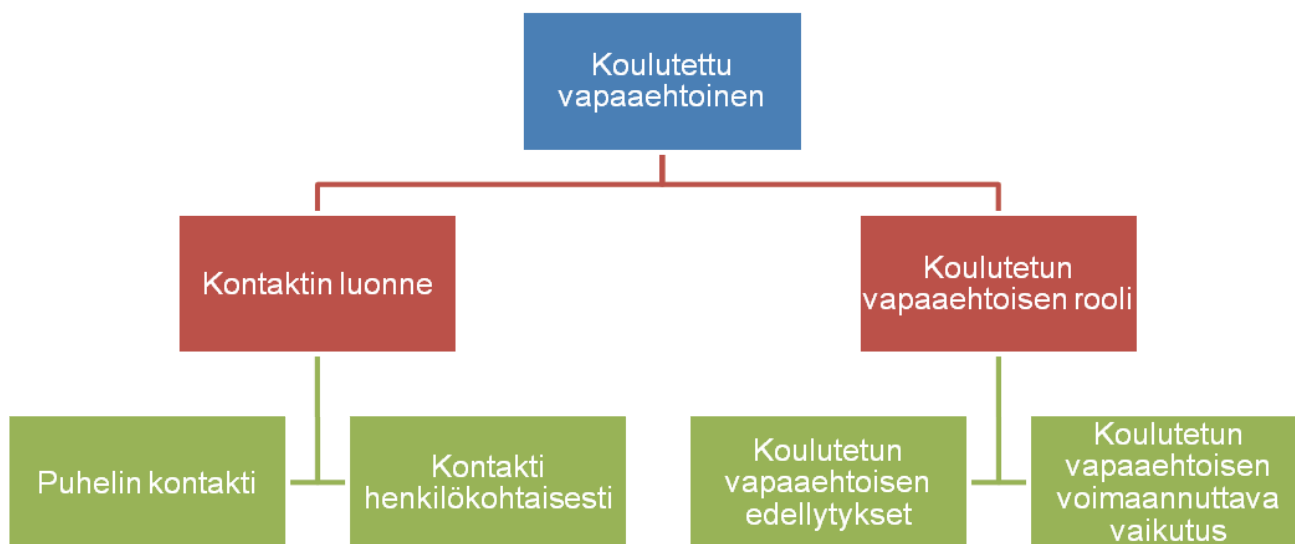
*V2: Siinä voi ihan yllätykseksi löytää itsestään sellaisia vahvuuksia, jota on luullut heikkoudeksi.*

Rooleihin liittyen saatiin vastauksia neljään luokkaan: roolien toimivuus, sairauden vaikutus rooleihin, roolien vaikutus keskusteluun ja roolien ottaminen. Roolien toimivuudesta ajateltiin, että ne tuntuivat vieraalta eikä niiden toimivuuteen uskottu. Pakotettu vastuunottaminen roolista koettiin huonoksi. Vastaajat kertoivat myös roolien jännittävän etukäteen. Pelkoa loi myös ajatus siitä, että roolien toimivuus olisi riippuvainen ryhmänjäsenten aktiivisuudesta ottaa rooleja. Sairauden koettiin vaikuttavan rooleihin siten, että kun toimiminen omana itsenään sairaana ollessa on jo haastavaa, niin muussa roolissa toimiminen on vielä vaikeampaa. Vastaajat kokivat myös, että eivät jaksakaan "leikkiä" muissa rooleissa ollessaan sairaita. Roolien vaikutus keskusteluun koettiin rajoittavana. Vastaajat kokivat, että ilman roolitusta saataisiin keskusteluun spontaanimpia mielipiteitä ja keskustelu olisi antoisampaa omana itsenään. Roolien ottamisessa huomioitiin, että kaikki eivät ole luonteeltaan sen tapaisia, että pystyisivät omaksumaan jonkun roolin ja vetämään sitä - olemaan esillä. Ryhmän toimivuudeksi roolin tulisi istua osallistuvalla luonnollisesti. Toimiakseen ryhmä vaatisi harjoittelua.

*V7: En mäkää alkais roolileikkejä, kun täs selviytyis omana itsenään.*

*V5: Mä uskon että kaikki mielipiteet on enemmän spontaaneja, jos meitä ei ole sidottu toimitusjohtaja ja toiminnanjohtaja "what ever" rooleihin.*

## 5.5 Koulutetut vapaaehtoiset interventioina



Kuvio 4: Koulutettu vapaaehtoinen

Koulutetusta vapaaehtoisesta puhuttaessa esille nousivat kontaktin luonne ja koulutetun vapaaehtoisen rooli. Kontaktin luonnetta pohdittiin puhelinkontaktin ja henkilökohtaisen kontaktin näkökulmasta. Vastaajat olivat sitä mieltä, että puhelimen kautta käytävä keskustelu koetaan välillä turhaksi ja hiljaiset hetket puhelimesta tuntuvat typeriltä. Muutenkin kommunikoinnin puhelimen kautta koettiin olevan vähäistä. Puhelimesta puhuminen miellettiin kuitenkin paremmaksi vaihtoehdoksi kuin ei kontaktia lainkaan. Koulutetun vapaaehtoisen tapaamista henkilökohtaisesti kotioloissa pidettiin hyvänä ajatuksena. Vastaajat mielsivät, että kasvotusten puhuminen on helpompaa kuin puhelimen välityksellä viestinnän monipuolisuuden vuoksi. Vastaajat kokivat myös, että vapaaehtoisen tapaaminen ennen puhelinkontaktia olisi tärkeää.

*V4: Minua viehättäisi taas se ajatus, että joku tulis käymään, kun koskaan ei käy vieraita. Se tuntuu jotenkin tyhmältä pitää edes kämppää siistinä,*

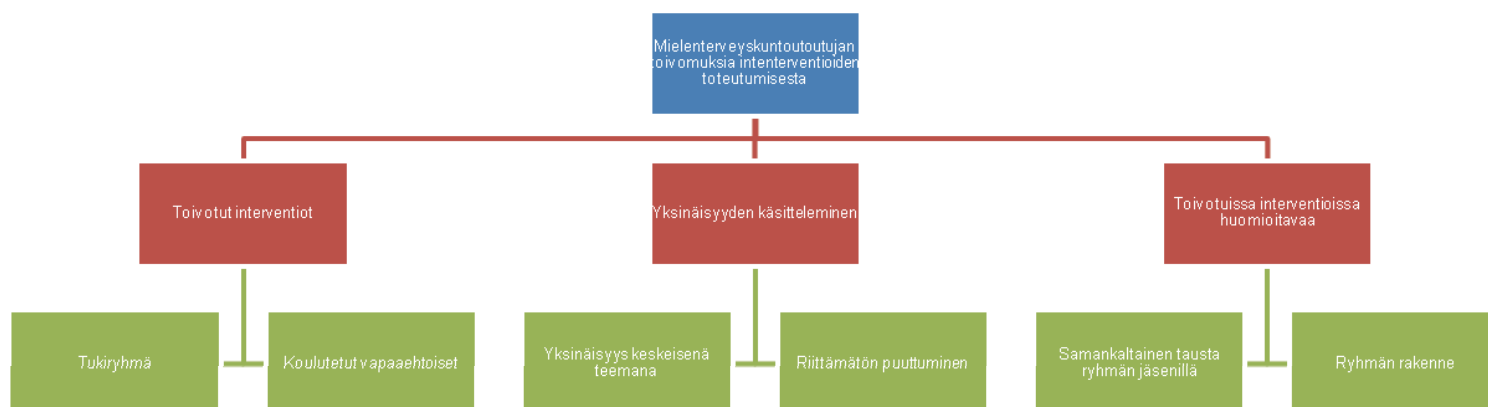
*kun sitä tekee vain itsensä takia. Olis palkitsevampaa, jos joku kävis kylässä ja keittäis hänelle kahvit sitten ja tapais tuolla kotiympäristössä. Se vois olla ihan hieno kokemus sekin.*

Koulutetun vapaaehtoisen rooliin saatiin vastauksia, jotka jakautuivat kahteen luokkaan: koulutetun vapaaehtoisen edellytykset ja koulutetun vapaaehtoisen voimaannuttava vaikutus. Koulutetun vapaaehtoisen edellytyksiä oli muun muassa vapaaehtoisuus ja motiivi tehdä työtä. Vastanneiden mielestä olisi lisäksi hyvä, että vapaaehtoisella olisi omaa kokemusta mielenterveysongelmista. Vapaaehtoinen ei saisi kuitenkaan olla itse sellaisessa sairauden vaiheessa, että hakisi tukea potilaalta. Vastaajat näkisivät mielellään koulutetun vapaaehtoisen kanssapohittijana, kanssamenijänä. Seulonnan tulisi olla koulutetuksi vapaaehtoiseksi pääsemiseksi tarkka ja koulutuksen tulisi olla hyvä. Vastaajat toivat esille, että koulutetun vapaaehtoisen toiminta ei saisi olla liian ammatillista, eikä keskittyä liikaa esimerkiksi lääkehoitoon. Voimaannuttavaa vaikutusta ajateltiin olevan intervention auttavuus silloin, kun läheisille tai ystäville keskustelu on vaikeaa. Interventiota pidettiin hyvänä tukimuotona.

*V9: Siis yleensähan sillä vapaaehtoisella on joku motiivia tehdä sitä, ei se varmaan vastentahtoisesti lähde hullujen kanssa leikkimään.*

*V6: Semmoinen ihminen, joka on kokenu jotain samankaltaista, niin sillä on ehkä enemmän vertaisuutta kuin koulutetun ihmisen kanssa, joka on enemmän niinku tukea toisella tavalla kuin se joka on käyny läpi samoja asioita.*

## 5.6 Mielenterveyskuntoutujien toivomuksia interventioiden toteutumisesta



Kuvio 5: mielenterveyskuntoutujien toivomuksia interventioiden toteutumisesta

Puhuttaessa mielenterveyskuntoutujien toivomuksista interventioiden toteutumisesta esille nousivat seuraavat luokat: toivotut interventiot, yksinäisyyden käsitteleminen ja toivotuissa interventioissa huomioitavaa. Vastaajat toivoivat käytäntöön interventioista tukiryhmiä ja koulutettuja vapaaehtoisia. Tukiryhmää pidettiin toimivana interventiona yksinäisyyden käsittelyssä. Vastaajat kokivat hyväksi vaihtoehdoksi ammattilaisen vetämän ryhmän (tukiryhmä). Strukturoitua ja terapeutista ryhmää pidettiin toimivana interventiona (tukiryhmä). Vastaajat pitivät tukiryhmää hyvänä muotona ainakin hoitotyön alussa pohjatyönä, jolloin myöhemmässä vaiheessa hoitona voisi käyttää muita interventioita. Toinen interventio, joka nousi esille vastauksista, oli koulutetut vapaaehtoiset. Mielenterveyskuntoutujat toivoisivat koulutetuilta vapaaehtoisilta lisäksi omaa kokemusta sairauksista.

Yksinäisyyden käsittelyyn saatiin vastauksia, jotka jakoutuivat kahteen luokkaan: Yksinäisyys keskeisenä teemana ja riittämätön puuttuminen. Vastaajat olivat sitä mieltä,



että yksinäisyyttä tulisi käsitellä enemmän ja sitä tulisi käsitellä keskeisenä teemana. Syyksi kerrottiin muun muassa se, että yksinäisyys koetaan tärkeäksi ja vakavaksi asiaksi. Vastaajat mielsivät, että yksinäisyyttä pitäisi käsitellä useamman kerran. Yksi vastaaja oli kuitenkin sitä mieltä, että voisi olla ahdistavaa painottaa ja miettiä yksinäisyyttä yhtenä asiana. Sosiaaliset suhteet koettiin yhdeksi tärkeimmistä aiheista yksilökeskustelussa. Yksinäisyyden esille ottaminen koettiin kuitenkin olevan riippuvainen omahoitajasta. Yksinäisyyteen puuttuminen miellettiin osittain riittämättömäksi. Ajateltiin, että siihen ei puututa paljon. Vastaajat kertoivat, että hoidossa kyllä rohkaistaan tekemään eri asioita, mutta ei kerrota miten.

*V1: Aika paljon täällä puhutaan siitä, että lähtee ja tekee asioita. Mutta ei niin kun just sillai, että jonkun kanssa tai menee jonkun luo.*

*V6: Kyl mun mielestä ois kanssa ihan hyvä, jos se otettais itsenäisenä teemana esiin että se todella kissa laitettais pöydälle, koska monet häpee sitä yksinäisyyttä. Se ei välttämättä muun keskustelun ohella tule riittävästi esille.*

*V5: Nää on vakavia ja syvällisiä asioita. Jos kaikki asiat puhutaan yhdellä kerralla niin siitä tulee sillisalaattia, joka ei ole maukasta.*

Vastaajat toivat esille asioita, joita tulisi huomioida heidän toivomissaan interventioissa. Nämä asiat olivat samankaltainen tausta ryhmän jäsenillä ja ryhmän rakenne. Vastanneet toivat esille tärkeänä sen, että ryhmässä oltaisiin sairauden kanssa samassa vaiheessa, jotta keskustelu palvelisi mahdollisimman hyvin osanottajia ja olisi mahdollisimman tasavertaista. Kanssakäymisen koettiin kärsivän, jos ryhmässä olisi eri vaiheessa sairautta olevia mielenterveyskuntoutujia. Vastanneiden mielestä sairauden diagnoosin olisi hyvä olla ryhmänjäsenillä sama. Diagnoosin lisäksi ryhmänjäsenten samankaltaista taustaa elämässä pidettiin hyvänä asiana, jotta ryhmä nivoutuisi paremmin yhteen. Vastanneet mielsivät, että ryhmiin olisi hyvä saada ”terveitä” ihmisiä, jotka antaisivat nostetta elämään. Vastanneet ottivat myös esille, että osallistuminen ylipäänsä mihin tahansa interventioon edellyttäisi mielenterveyskuntoutujalta tarpeeksi hyvää kuntoa ja jaksamista. Ryhmän rakenteeseen liittyen vastaajat toivat esille sen, että ryhmän toimivuus riippuu ympäristöstä. Sosiaalisten taitojen opettamista interventioissa pidettäisiin hyvänä, jotta sosiaaliset taidot saataisiin ennalleen.

*V3: Se, että ollaan nimenomaan samassa veneessä sairauden suhteen. Mulle ei se tärkeätä ole, että tuntee kaikki ennestään. Kunhan mennään samassa veneessä, se on tärkeintä.*

*V9: Pitää löytää oikeet ihmiset aina, koska se pätee varmaan positiivisuuteenkin et negatiivisella ihmisellä pitää olla positiivinen vastakappale.*

## 6 Pohdinta

### 6.1 Tulosten pohdinta

Mielenterveyskuntoutujien toivomia interventioita olivat tukiryhmät sekä koulutetut vapaaehtoiset. Tukiryhmässä tärkeänä pidettiin sitä, että sitä vetää ammattilainen. Myös tukiryhmän pysyvää ja hoidollista luonnetta pidettiin hyvänä. Koulutetussa vapaaehtoisessa hyvää koettiin olevan vapaaehtoisuus toimintaan ja tieto sairaudesta. Toivottavaa olisi lisäksi koulutetun vapaaehtoisen oma kokemus sairaudesta. Koulutetulta vapaaehtoiselta toivottiin henkilökohtaista kontaktia. Lisäksi koulutettu vapaaehtoinen nähtäisiin mielellään sosiaalisena kanssamenijänä.

Interventioista itseapuryhmät ja vastavuoroiset ryhmät eivät saaneet paljoa kannatusta. Itseapuryhmässä kannatus jäi vähäiseksi ryhmänjäsenten vaihtuvuuden vuoksi, jolloin luottamuksen saavuttaminen koettiin vaikeaksi. Ammattilaisen vähäisempi rooli ryhmänohjauksessa miellettiin huonoksi esimerkiksi siinä tapauksessa, että ryhmänjäseneet eivät välttämättä osaa tuoda oikeita asioita esille. Toisaalta pidettiin hyvänä, että ryhmänjäseneet toisivat ongelmia itse esille. Ulkopuolisen voi olla vaikea tuoda ryhmänjäseneille tärkeitä asioita esille.

Vastavuoroisessa ryhmässä sen sijaan roolitus koettiin huonoksi. Roolit aiheuttivat pelkoa ja niiden ajateltiin vaikuttavan kontaktiin negatiivisesti. Toisaalta vastavuoroisessa ryhmässä koettiin hyväksi se, että roolien kautta voisi löytää itsestään vahvuuksia.

Kun pohdittiin yleensä interventioiden toimivuutta, tulisi ottaa huomioon, että ryhmän toimivuus on riippuvainen ryhmän aktiivisuudesta. Ryhmänjäsenten tulisi olla samassa vaiheessa sairautta, jotta ryhmän toiminta olisi sujuvampaa ja vertaistuki toimisi paremmin. Kanssakäyminen on hankalampaa, jos potilaat ovat eri vaiheissa sairautta. Sosiaalisten taitojen opettamista toivottiin enemmän.

Yhteenvedona voidaan todeta, että yksinäisyyttä esiintyi mielenterveyskuntoutujien keskuudessa paljon. Moni koki sitä lähes päivittäin. Yksinäisyyden syyt olivat niin ulkoisia kuin sisäisiä. Usein yksinäisyys johtuu sairaudesta. Heidän yksinäisyyttään kuitenkin helpotti muut osastolla olevat potilaat ja hoitajat, ja siksi yksinäisyys usein ilmenikin osaston ulkopuolella. Mielenterveyskuntoutajat mielsivät, että yksinäisyyttä ei sellaiseenaan käsitellä tarpeeksi. He toivoivat, että sitä käsiteltäisiin yksittäisinä interventioina/interventioina.

## 6.2 Eettisyyden pohdintaa

Tutkimuksen kahdeksan eettistä vaatimusta huomioitiin: älyllisen kiinnostuksen vaatimus, tunnollisuuden vaatimus, rehellisyyden vaatimus, vaaran eliminoiminen, ihmisarvon kunnioittaminen, sosiaalisen vastuun vaatimus, ammatin harjoituksen edistäminen ja kollegiaalinen arvostus (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2009: 172,179).

Opinnäytetyölle haettiin tutkimuslupaa Helsingin kaupungin terveyskeskukselta. Lupa saatiin 22.10.2012. Tämän jälkeen opinnäytetyön suunnitelmaan tehtiin Helsingin kaupungin terveyskeskukselta ehdottamat korjaukset. Tutkimusluvan saanti puolsi opinnäytetyön aiheen eettisyyttä.

Itsemääräämisoikeuteen ja tiedonsaantioikeuteen kiinnitettiin huomiota. Opinnäytetyön eettisyydessä huomioitiin, että haastatteluun osallistuvat henkilöt kykenevät antamaan vastauksia ja ovat aidosti tietoisia tapahtuvasta tutkimuksesta. (Latvala 2009:101.) Opinnäytetyöstä lähetettiin suunnitelmaosa ja saatekirje sähköpostitse yhteistyökumppanille. Osaston hoitajat jakoivat haastattelijoiden pyynnöstä saatekirjeet mielenterveyskuntoutujille ja antoivat lisäinformaatiota mielenterveyskuntoutujien pyynnöstä (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 1999). Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja siitä sai halutessaan vetäytyä missä vaiheessa vaan. Osaston mielenterveyskuntou-

tujille tiedotettiin saatekirjeessä, että tutkimuksesta kieltäytyminen ei vaikuta hoitoon millään tavalla. (Liite 1.)

Opinnäytetyön aiheen valinnassa otettiin huomioon kenelle ja minkä vuoksi työ tehdään. Pohdittiin myös kenen näkökulmasta aihetta tutkitaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 24; Tuomi & Sarajärvi 2009, 129.) Koska tutkimukseen osallistuvilla oli mielenterveysongelmia, he kuuluivat niin sanottuun haavoittuvaan ryhmään. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2009: 180). Jokainen tutkimukseen osallistuva allekirjoitti erillisen kirjallisen suostumuslomakkeen. Myös suostumuslomakkeessa mainittiin tutkimuksen vapaaehtoisuus ja oikeus kieltäytyä siitä. Lisäksi haastattelijat allekirjoittivat suostumuksen (Liite 3).

Tutkittavien anonymiteetistä, oikeudenmukaisuudesta sekä ihmisarvon kunnioittamisesta pidettiin huolta. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2009: 172,179 Eskola & Suoranta 2003, 56.) Opinnäytetyössä huomioitiin haastateltavien anonymiteetti siten, että haastatteluiden aikana ei tiedusteltu tai käytetty haastateltavien nimiä. Opinnäytetyössä huomioitiin haastateltavien hyvinvointi ja heille annettiin lupa poistua haastattelutilanteesta tarvittaessa. (Vehviläinen-Julkunen 2009: 172,179). Opinnäyte-työn teko ei aiheuttanut vahinkoa tai loukannut tutkittavia. (Eskola & Suoranta 2003, 56).

Haastattelutilanteessa voi muodostua erinäisiä haasteita. Tutkimukseen osallistuvat voivat olla jännittyneitä, eivätkä pysty siksi antamaan luontevia ja todenmukaisia vastauksia. (Vuorela 2005: 42.) Haasteeksi voivat myös koitua ne mielenterveyskuntoutujat, jotka haluavat miellyttää hoitohenkilökuntaa ja osallistuvat vain siitä syystä tutkimukseen. (Latvala 2000:104.)

Raportoinnissa käytettiin suoria lainauksia, kuitenkin niin ettei yksittäistä vastaajaa pystytä tunnistamaan, eli anonymiteetti säilyy. Haastateltavista käytetään V-tunnusta (V1-V10), joka tarkoittaa kysymykseen vastaajaa. Raportoinnin jälkeen niin haastattelujen kirjalliset, äänitetyt versiot hävitettiin.

### 6.3 Luotettavuus

Luotettavuuden arviointikriteerejä laadulliselle tutkimukselle ovat uskottavuus, pysyvyys, siirrettävyys ja vahvistettavuus. (Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindström,

Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen, Åsted-Kurki 2012: 151). Arviointikriteereistä uskottavuuteen vaikuttaa tutkijoiden sitoutuminen tutkimukseen sekä tutkimukseen osallistuvien luottamuksen saavuttaminen (Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi ym. 2012: 151). Opinnäytetyötä on tehty vuoden ajan ohjauksessa. Opinnäytetyö tehtiin kummankin tekijän läsnä ollessa, jotta siihen saataisiin mahdollisimman kattavasti näkemyksiä. Opinnäytetyön yhteistyökumppanin luottamuksesta tekijöitä kohtaan kertoo osaltaan se, että he eivät kokeneet tarpeelliseksi olla valvomassa haastattelutilanteita. Haasteltavien luottamus saavutettiin, mistä kertoo osaltaan osallistujien suhteessa suuri joukko.

Pysyvyydellä huomioidaan tutkimuksen toteutuminen tieteellisiä tutkimuksia ohjaavien periaatteiden mukaisesti (Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi ym. 2012: 151). Pysyvyys huomioitiin noudattamalla tarkasti opinnäytetyölle annettuja ohjeita. Tieteellisiä toimintatapoja noudatettiin: rehellisyyttä, tarkkuutta ja huolellisuutta. Tieteellisesti ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, raportointi- ja arviointimenetelmiä käytettiin (Leino-Kilpi, Välimäki 2009: 364). Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimuksen tulosten sovellettavuutta muihin samankaltaisiin tilanteisiin. (Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi ym. 2012: 151). Ryhmissä haastattelurunko oli sama. Ryhmissä saatiin samantyyppisiä vastauksia kysymyksiin.

Vahvistettavuudella tarkoitetaan tutkimuksen yksityiskohtaista kuvausta, jotta tutkimuksen lukija pystyy ymmärtämään tutkimuksesta saatua tietoa. Tutkimuksessa tulee myös osoittaa aineiston ja tutkimuksen tulosten yhteys. (Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi ym. 2012: 151). Raportoinnissa käytettiin suoria lainauksia, kuitenkin niin, ettei yksittäistä vastaajaa pystytä tunnistamaan, eli anonymiteetti säilyy. Haastateltavista käytettiin V-tunnusta (V1-V10), joka tarkoittaa kysymykseen vastannutta. Vahvistettavuuteen pyrittiin pitämällä opinnäytetyön aihesisältö ja esitystapa selkeinä. Vahvistettavuuden lisäämiseksi opinnäytetyön raportissa on kuvattu aineiston analyysi sekä taulukko alkuperäisilmauksista, pelkistyksistä ja niiden kategorioista (Liite 4.).

Ryhmän jakaminen kahteen tehtiin suositusten mukaisesti. Ajateltiin, että näin haastatteluun osallistujilla olisi tilaa vastata kysymyksiin ja että opinnäytetyön tekijät voisivat oppia mahdollisista virheistä ensimmäisen haastattelun jälkeen ja korjata ne seuraavan ryhmän haastatteluun. Ongelmia ei haastatteluryhmissä ilmennyt. Silti tutkijoita jäi mieltäyttämään, vaikuttivatko eri ryhmissä ryhmän sisäiset kemiat siten, että ne olisivat ohjanneet haastateltavien ajatuksia ja vastauksia johonkin tiettyyn suuntaan. Haastattelu-

jen jälkeen mietittiin lisäksi, olisiko toisenlainen haastattelumenetelmä vaikuttanut tuloksiin jollakin tasolla.

#### 6.4 Jatkotutkimusaiheita

Hoitotyön interventioita tulisi ottaa käyttöön mielenterveyskuntoutujan toivomalla tavalla. Jatkotutkimuksena voisi selvittää interventioiden toimimista ja niiden toimiminen käytännössä. Toisena jatkotutkimusaiheena mielletäisiin omahoitajien aktiivisuus ottaa esille yksinäisyys erillisenä teemana kahdenkeskisissä hoitajan ja kuntoutujan välisissä keskusteluissa. Avohoidossa interventioista voisi kuitenkin olla suurin hyöty, sillä avohoidossa potilaiden sosiaalinen kanssakäyminen on usein vähäisempää ja yksinäisyyden tunne sitä kautta kasvaa.

Mielenterveyskuntoutujan sosiaalisen verkoston selvittäminen ei riitä, sillä sosiaalisen verkoston olemassaolo ei välttämättä tarkoita sitä, että mielenterveyskuntoutuja ei koki yksinäisyyttä. Yksinäisyyttä koetaan, vaikka ympärillä olisi ystäviä ja omaisia. Sairauden kanssa ollaan monesti yksinäisiä. Opinnäytetyön yhteydessä hoitajat toivoivat opasta eri yksinäisyyttä helpottavista interventioista ja tukitoimista. Näin hoitajan olisi helpompi ohjeistaa potilasta häntä lähimpänä sijaitsevaan paikkaan, jossa yksinäisyyttä voidaan helpottaa.

Mielenterveyskuntoutujan yksinäisyydestä tehdään esite Mielenterveyden keskusliitto ry:lle. Esitteessä kerrotaan lyhyesti yksinäisyydestä, mutta pääpaino esitteellä on ohjeistaa yksinäisiä mielenterveyskuntoutujia hakeutumaan järjestöihin, jossa yksinäisyyttä voitaisiin helpottaa. Esitteen pohjalta voisi tehdä tutkimusta siitä, miten se on auttanut yksinäisiä mielenterveyskuntoutujia hakeutumaan paikkoihin, jossa yksinäisyyttä helpotetaan.

## Lähteet

Angell, Beth – Test, Mary Ann 2002: The Relationship of Clinical Factors and Environmental Opportunities to Social Functioning in Young Adults With Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 28(2).

Borge Lisbet, – Martinsen Egil, – Ruud ,Torleif - Watne, Øyvind – Friis, Svein 1999: Quality of Life, Loneliness, and Social Contact Among Long-Term Psychiatric Patients. Psychiatric Services Jan 50(1).

Burns, Nancy – Grove, Susan K. 2009: The practice of nursing research : appraisal, synthesis, and generation of evidence. Saunders Elseviers.

Elisha, Danielle – Castle, David – Hocking, Barbara 2006: Reducing social isolation in people with mental illness: the role of the psychiatrist. Australasian Psychiatry 14(3).

Eriksson, Katie – Isola, Arja – Kyngäs, Helvi – Leino-Kilpi, Helena – Lindström, Unni Å – Paavilainen, Eija – Pietilä, Anna-Maija – Salanterä, Sanna – Vehviläinen-Julkunen, Katri – Åsted-Kurki, Päivi 2012: Hoitotiede. Sanoma Pro. Helsinki.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 6. painos. Jyväskylä: Gummerus.

Finlex 1999: Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 9.4.1999/488. Verkkodokumentti. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990488>> Luettu 28.01.2012

Heiskanen, Tarja – Salonen, Kristina – Sassi, Pirkko 2006: Mielenterveyden ensiapukirja. Suomen mielenterveysseura. SMS-Tuotanto Oy. Helsinki.

Heiskanen, Tarja – Saaristo, Liisa 2011: Kaiken keskellä yksin – yksinäisyyden syyt, seuraukset ja hallintakeinot. PS-kustannus. Jyväskylä.

Helsingin kaupungin terveystakeskus 2008: Helsingin mielenterveyspalveluiden opas. Verkkodokumentti-

ti.<[http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/30c6800045794edeb12fb3f7932aa8f9/Mtt\\_p%C3%A4ivitys2011.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=30c6800045794edeb12fb3f7932aa8f9](http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/30c6800045794edeb12fb3f7932aa8f9/Mtt_p%C3%A4ivitys2011.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=30c6800045794edeb12fb3f7932aa8f9)> Luettu: 28.01.2012

Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2011: Tutkimushaastattelu – Teema haastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus. Tallinna.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara Paula 2009: Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki

Humphrey Beebe, Lora 2009: What Community Living Problems Do Persons With Schizophrenia Report During Periods of Stability? Perspectives in Psychiatric Care 46(1).

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen Katri 2009: Tutkimus hoitotieteessä. WSOY-pro Oy.Helsinki.

Kyngäs, Helvi – Elo, Satu – Pölkki, Tarja – Kääriäinen, Marja – Kanste, Outi 2011: Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 23(2).

Latvala, Eila 2000: Potilaan oikeuksiin liittyviä eettisiä kysymyksiä mielenterveystyön tutkimuksissa. Hoitotiede 13(2) / -01.

Lauder, William – Sharkey, Siobhan – Mummery, Kerry 2004: A community survey of loneliness. Journal of Advanced nursing 46(1).

Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2009: Etiikka hoitotyössä. WSOY Oppimateriaalilait Oy.

Lähteinen, Leila 2004: Yksinäisyyden lievittäminen interventioilla – osallistujien kokemus. Turun Yliopisto Hoitotieteen laitos. Pro Gradu.

Masi, Christopher M. – Chen, His-Yuan – Hawkley, Louise C. – Cacioppo John T. 2011: A Meta-Analysis of Interventions to Reduce Loneliness. Personality and Social Psychology Review 15(3).



Mostafanejad, Karol 2006: Reducing the isolation of young adults living with a mental illness in rural Australia. *International Journal of Mental Health Nursing* 15.

Nevalainen, Vesa 2009: Yksinäisyys. Mielenterveyden keskusliitto. Edita Publishing Oy. Porvoo.

Nilsson, Brita – Nåden, Dagfinn – Lindström, Unni 2008: The tune of want in the loneliness experienced by people with serious mental suffering. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 22.

Ojala, Eija Maarit – Kontula, Osmo 2002: Tarvitseeko minua kukaan? Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja D 40/2002. Väestöntutkimuslaitos, Väestöliitto.

Perese, Eris F. – Wolf, Marilee 2005: Combating loneliness among persons with severe mental illness: social network interventions' characteristics, effectiveness and applicability. *Issues in Mental Health Nursing* 26.

Ruuskanen, Olli 2011: Yksinäisyys on vaarallista terveydelle. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Verkkodokumentti.  
<[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo99481&p\\_haku=yksin%E4isyys](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo99481&p_haku=yksin%E4isyys)>. Luettu 4.4.2012.

Saari, Juho 2009: Yksinäisten valtakunta. WSOYpro Oy. Helsinki.

Schwartz, Chaya – Gronemann, Ophra C. 2009: The Contribution of Self-efficacy, Social Support and Participation in the Community to Predicting Loneliness among Persons with Schizophrenia Living in Supported Residences. *The Israel Journal of Psychiatric and Related Sciences*. Vol. 46, No. 2.

Salokangas, Raimo K.R. – Stengård, Eija – Honkonen, Teija – Koivisto, Anna-Maija – Saarinen, Soile 2000: Sairaalaista yhteiskuntaan – Seurantatutkimus sairaalasta kotiuttamisen vaikutuksista skitsofreniapotilaan elämään ja hoitotilanteeseen. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi.

Stein, Catherine H. – Dworsky, Dryw O. – Phillips, Russell E. – Hunt, Marcia G. 2005 : Measuring Personal Loss Among Adults Coping with Serious Mental Illness. Community Mental Health Journal 41(2).

Tamminen, Tuomo 2012: Suomen yksinäiset täyttäisivät koko Vantaan. Helsingin Sanomat. 26.1.2013. Tiede.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE 2009: Mielenterveysetiikka. Sinulla ja minulla on moraalinen vastuu. Verkkodokumentti. <[http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17132&name=DLFE-522.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17132&name=DLFE-522.pdf)> Luettu 21.01.2013.

Vuorela, Suvi 2005: Haastattelumenetelmät. Käytettävyystudkimuksen menetelmät Tampereen yliopisto. Verkkodokumentti. <<http://www.cs.uta.fi/usabsem/luvut/3-Vuorela.pdf>>. Luettu 13.3.2012.

Weiner, Adi – Roe, David – Mashiach-Eizenberg, Michal – Baloush-Kleinman, Vered Maoz, Hen – Yanos, Philip T. 2010: Housing Model for Persons with Serious Mental Illness Moderates the Relation Between Loneliness and Quality of Life. Community Mental Health Journal 46.

## Saatekirje

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Metropolia Ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyön Auroran sairaalalle aiheesta: Mielenterveyspalvelujen käyttäjien mielipiteitä siitä, miten yksinäisyyden kokemista voidaan lievittää

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa mielenterveyspalvelujen käyttäjien mielipiteitä siitä, miten yksinäisyyden kokemista voidaan lievittää. Työn tavoite on edistää yksinäisyyden hoitoa mielenterveystyössä potilaslähtöisesti.

Opinnäytetyöllä haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin. 1. Mikä on teidän mielipide yksinäisyyttä helpottavista auttamismenetelmistä? 2. Mitä hyvää/huonoa koette auttamismenetelmissä olevan?

Tutkimukseen haastatellaan kaikenikäisiä naisia ja miehiä. Tutkimus kerätään ryhmähaastatteluna. Haastattelut suoritetaan yhden päivän aikana noin 1-2 tunnin aikana päiväsaikana 9-1 tiloissa. Haastattelut suoritetaan kahdessa noin seitsemän hengen ryhmässä. Haastattelut nauhoitetaan. Haastattelun tarkoituksena on saada mielipiteitä toiveistanne ja käsityksistänne yksinäisyyttä helpottavista menetelmistä.

Haastattelussa huomioidaan mielenterveyskuntoutujan itsemääräämisoikeus. Halutesasi voit kieltäytyä osallistumasta haastatteluun. Haastatteluun osallistuminen tai siitä pois vetäytyminen eivät vaikuta hoitoosi. Haastatteluun osallistutaan anonymisti, joten yksittäistä osallistujaa ei pysty tunnistamaan.

Valmis työ esitetään Metropolia ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyö julkaistaan Theuseus – tietokannassa. Valmis työ annetaan yhteistyökumppanille, Auroran sairaalan päiväosastolle sekä toimitetaan Helsingin terveystieteiden keskuksen käyttöön. Opinnäytetyötä ohjaa lehtori Niina Eklöf.

Ulla Koskinen  
ulla.m.koskinen@metropolia.fi  
Mari Kurkinen  
mari.kurkinen@metropolia.fi

Opinnäytetyön ohjaaja  
Metropolian Amk lehtori, Ttm  
Niina Eklöf  
niina.eklof@metropolia.fi

Metropolia Ammattikorkeakoulu  
Terveys- ja hoitoala  
Sairaanhoitaja  
Opinnäytetyö  
29.10.2012

## **Haastattelurunko**

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa mielenterveyspalvelujen käyttäjien mielipiteitä siitä, miten yksinäisyyden kokemista voidaan lievittää.

1. Mikä on mielipiteenne näistä yksinäisyyttä helpottavista interventioista (=auttamismenetelmistä)?
2. Mitä hyvää/huonoa koette niissä olevan?

Tukiryhmät

Itseapuryhmät

Vastavuoroiset ryhmät

Koulutetut vapaaehtoiset

## Kirjallinen suostumus

Opinnäytetyö: Mielenterveyspalvelujen käyttäjien mielipiteitä siitä, miten yksinäisyyden kokemista voidaan lievittää

Haastattelussa kysymme kysymyksiä liittyen yksinäisyyttä helpottaviin menetelmiin. Mikä on mielipiteenne näistä yksinäisyyttä helpottavista auttamismenetelmistä (tukiryhmät, itseapuryhmät, vastavuoroiset ryhmät, koulutetut vapaaehtoiset)? Mitä hyvää/huonoa koette niissä olevan?

Haastattelussa huomioidaan itsemääräämisoikeus. Halutessasi voit kieltäytyä osallistumasta haastatteluun. Haastatteluun osallistuminen tai siitä pois vetäytyminen eivät vaikuta hoitoosi. Haastatteluun osallistutaan anonymisti, joten yksittäistä osallistujaa ei pysty tunnistamaan.

Olen ymmärtänyt osallistumisen ehdot.

Osallistun tutkimukseen

---

Allekirjoitus ja nimen selvennys

---

Päivämäärä ja paikka \_\_\_\_\_

Tutkijan allekirjoitus ja nimen selvennys

---

Ulla Koskinen  
ulla.m.koskinen@metropolia.fi  
Mari Kurkinen  
mari.kurkinen@metropolia.fi

Opinnäytetyön ohjaaja  
Metropolian Amk lehtori, Ttm  
Nina Eklöf  
niina.eklof@metropolia.fi

Metropolia Ammattikorkeakoulu  
Terveys- ja hoitoala  
Sairaanhoitaja  
Opinnäytetyö  
29.10.2012



Analysitaulukko

Alkuperäisilmaukset	Pelistykset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
V5: Samat tyytit ja samat ajat aina kaikilla.	Ryhmässä jäsenet eivät vaihdu ja aika on kaikille kiinteä.	Ryhmän pysyvyys	Tukiryhmän rakenne	Tukiryhmä
V3: Jollain lailla mä pitäisin parempana, se edellinen, jossa olisi se rakenne ole-massa.	Ryhmän olemassa olevaa rakennetta pidetään hyvänä asiana.			
V4: Toisaalta se olisi aika raskasta että jos olis jatku-vasti sellaista, jaksaisko sitä.	Raskasta voisi olla ryhmän jatkuva olemas-sa olo.			
V4: Se 45 minuuttiakin on jo aika haasteellinen, antoi-sa, mutta kuluttava.	Ryhmän pitkää kestoä pidettiin antoisana, mutta raskaana.	Ryhmän hoidollisuus		
V4: Mä vertasin näitä kahta ryhmää sillei, että toi en-simmäinen on täällä meillä sama, kun pienryhmät. Niistä pienryhmistä on enemmän apuu sairauden hoidon suhteen.	Tukiryhmää pidetään sairautta hoitavana interventiona.			

V1: Kuulostaa hyvältä, tai vähän niin kuin tukis sitä todellakin omaa, koska mä en ainakaan oikeestaan tunne itseäni ja en tykkää itsestäni mimmonen mä olen ihmisten seurassa tai sosiaalisissa tilanteissa.	Ryhmä tukee sosiaalisten taitojen oppimista.			
V6: Tullee se sen ammattilaisen vetäjän vastuu sitten varmasti toteutuneeksi vai kuormitetaan-ko sitten lähimmäisiä ?	Epäilläään, että ammattilaista vastuu ei toteudu, vaan lähimmäisiä kuormitetaan.	Ammattilaisen tuoma turvallisuus	Ammattilaisen rooli	
V10: Rajaamassa myös sitä, että ei kukaan potilas kuormita toista potilasta ja osallistujaa ja se on sen takia	Ammattilainen osaa estää ryhmäjäsenten kuormittumasta liikaa.			



V10: Ja se just se ammattilaisuus siinä vetäjässä, että se on semmoinen turvasatama siinä. Jos voi huonosti, niin silti menee sinne, kun on joku ammattilainen ottamassa haaviin.	Ammattilainen luo turvaa.		
V10: Olennaista on se, ettei oo vertaisohjaajaa vaan on ammattilainen. Se taakaa laadun sille toiminnalle.	Ammattilainen takaa laadun toiminnalle.	Ammattilainen tuoma ryhmän tasapaino	
V4: Siellä on ne aiheet annettu ja sitä koko ajan ohjataan sitä keskustelua henkilökkunnan taholta.	Aiheet on annettu henkilökkunnan taholta ja keskustelu ohjataan.		
V6: Varmasti ammattilainen voi nostaa myös esille asioita ja sellaisia aihealueita, joita kukaan ei hoksaisi nostaa.	Ammattilainen osaa tuoda asioita esille, joita muut eivät hoksaisi nostaa esille.		
V2: Ammattihenkilö osaa pitää sitä, jakaa puhevuorot tasaisesti.	Ammattilainen jakaa puheenvuorot tasaisesti.		

V6: <i>Must sellainen avoin ryhmä ylipäättään, jossa väki tulee ja menee se on ihan sama kuin nestorin kahvila, tuiki tuntemattomien kanssa pitäis omista asioista, ei kuulosta kauheen luottamusta herättävältä tai järkevältä</i>	Ryhmä, jossa jäsenet vaihtuvat ei herätä luottamusta.	Ryhmän vaihtuvuus	Ryhmän joustavuus	Itseapuryhmä
V5: <i>Jos mä käsitin oikein, että täs toisessa ryhmässä on vapaampi tulla ja mennä niin se ei ole hyvä juttu ollenkaan.</i>		Ryhmänjäsenten vaihtuvuus on huono asia.		
V1: <i>Tavallaan se on kans ollu hyvä, että mä voin päättää meeks mä vai eks mä mee vähän fiiliksen mukaan.</i>	On hyvä, että ryhmään voi mennä kun haluaa.			
V8: <i>Jos niinkun tavallaan idea ois jakaa itsestään</i>	Vaihtuvassa ryhmässä kipeitä asioita on vaikea tuoda esille.			

jotain kipeitä juttuja niin ei tunnu yhtä hyvältä, kun se et siel ois joku vakiorukka ja sit ammattivettäjä.				
V4: Tätä jälkimmäinen voisi olla enemmänkin se mitä me tos pöydän ääressä vapaa aikana keskustellaan. Pöydän ääressä keskustelu on vapaampi.	Interventio voisi olla enemmänkin vapaaseen keskusteluun sopiva muoto.	Ryhmän vapaamuotoisuus		
V8: Tietyt jos on ideana vaan vaikka käydä leffassa tai vaikka sosiaalisesti tustua uusiin ihmisiin niin se on ihan ok tavallaan niinku sellaisena terapia-muotona.	Sopisi paremmin sosiaalisen kanssakäymisen harjoittamiseen.			
V2: Henkilökuntaan kuuluvan tulee valvoa, että jokainen tulee kuuluksi.	Ammattilainen valvoo ryhmänsä jäsenten kuulus tulleista.	Ammattilaisen vastuu	Ryhmänsä jäsenten rooli	
V10: Se on ihan hyvä jos ammattilainen koordinoi ja rajaa sen.	Ammattilainen koordinoi toimintaa.			

V6: Varmasti ammattilainen voi nostaa myös esille asioita ja sellaisia aihealueita, joita kukaan ei hoksais nostaa, jotka on ehkä niin kipeitä et kukaan ei uskalla tuoda siihen ryhmään	Ryhmänjäsenet eivät välttämättä osaa tuoda kattavasti asioita esille.			
V6: Musta tuntuu, et se on parempi et poti- laat/asiakkaat itse. mistä se ulkopuolinen voi tietää et mikä tota riviä.	On hyvä, että ongelmia tuodaan itse esille.	Ryhmänjäsenten vastuu		
V2: Se saattaa olla hyvin lohduttavaa kuulla jos se, että muillakin on saman tapaisia ajatuksia ja ehkä ratkaisuitakin.	On lohduttavaa kuulla, että muilla on samankaltaisia ongelmia kuin itsellä on.			
V8: Se tietenkin riippuu missä vaiheessa sairautta on.	Toimivuus riippuu ryhmän jäsenten sairauden vaiheesta.			
V1: Pelottaa. Pelko tulee heti ensimmäisenä.	Ajatus ryhmästä tuntuu pelottavalta.	Ryhmän toimivuus	Ryhmän mahdollisuudet	Vastavuoroinenryhmä

V6: Kuulostaa melkein vaaralliset.	Kuulostaa vaaralliset.		
V3:En ihan suoralta kädeltä usko, että se toimis.	Ryhmän toimivuuteen ei uskota.		
V2:Se ei se ainoana tapana missään tapauksessa toimis.	Ei toimisi ainoana tapana.		
V10 Siinäki ois sitten hirveen tärkeätä se, että se niinku ryhmän homogeneinen tausta et kaikki ois samassa sairauden vaiheessa.	Olisi tärkeää, että ryhmäjäsenet olisivat samassa vaiheessa sairautta.		
V9: Toisaalta siin voi joutua niinku epävakavuusalueelle, sillä et jos haluu sellasta treenata.	Ryhmässä voi harjoitella sietämään epämu- kavuuksia.		
V2: Mä nään sen mielelläni jotenkin keventävänä. Siinä voi ihan yllätyksi löytää itsestään sellaisia vahvuuk- sia, jota on luullut heikkou- deksi.	Itsestään voisi löytää vahvuuksia, joita on pitänyt heikkouksina.	Ryhmän voimaannutta- vuus	

V2: Se vois tuoda sitten jotain uusia yllättäviä näkökantoja siihen	Ryhmä voisi tuoda esille uusia, yllättäviä näkökantoja.					
V8: Et jos vaikka on semmosessa tilanteessa et, on vaikka palaamassa töihin, jossa joutuu niinku tavallaan taas laittamaan jonkun roolin päälle uudestaan, ehkä vois toimii just siedätyshoitona siihen.	Ryhmä koetaan hyvänä siedätyshoitona mukautua arkielämän rooleihin.					
V3:Jotenkin vierastan tommosta roolitusta.	Roolitukset tuntuvat vieraalta.				Roilien toimivuus	Ryhmän roolit
V5: Mä en oikeen usko tohon roolijuttuun.	Ei uskota roolituksen toimivan.					
V4: Sekin riippuu vähän tästä ryhmästä. Esim. Täälläkin on, että huomaa on persoonia jotka ottaa sen roolin, että he pitävät keskustelua yllä. Tietyt henkilöt aina on sellaisia. Mutta jos sattuu sellainen ryhmä,	Roilien toimivuus riippuu ryhmästä.					

jossa kukaan ei ole sen tyylinen, että haluaisi pitää sitä yllä			
V4: Jos se nimetään, että sun täytyy olla nyt vas- tuussa siitä, niin en mä usko, että se toimis.	Pakotettu vastuunottaminen roolista koe- taan huonoksi.		
V3: Mulla ainakin nostais kynnystä tollanen, että joutuus jännittämään, että pääseekö tai siis joutuuko puheenjohtajaa esittä- mään.	Roolit jännittävät etukäteen		
V10: Tätä on leikkimistä ja silloin kun on kipee ei jaksa leikkii, aikuisella iällä vielä kaiken lisäksi.	Sairaana ei ole voimavaroja rooleissa toi- mimiseen.	Sairauden vaikutus roo- leihin	
V7: Joo, en mäkää alkais roolleikejä, kun täs selvy- tyis omana itenään	Rooleissa selvityminen ei toimi, kun oma- na itsenä selvityminen on jo vaikeaa.		

V3: Samalla, jos ne vinkit tulee aidosti ihmisiltä itseltä niin pitäisin sitä parempana.	Pidetään hyvänä, jos selviytymismallit ongelmiin annetaan omalla itsenään.	Roolien vaikutus keskusteluun	
V5: Kaikki mielipiteet on enemmän spontaaneja, jos meitä ei ole sidottu toimintusjohtaja ja toiminnanjohtaja "what ever" rooleihin	Tuntuu, että mielipiteet ovat spontaanimpia ilman roolitusta.		
V3: Jollakin tavalla mä koe, että se on paljon antosampaa, että siinä voi olla omalla itenään.	Olisi antoisampaa olla keskustelussa oma itsensä.		
V5:Jos meille asetetaan rooleja se vähän rajoittaa sitä vapaata keskustelua, koska sähän vaan mietit, että mikä on mun titteli tässä porukassa tai mikä on mun tehtävä	Roolitukset rajoittavat keskustelua.		



V4: Se pitäis tulla ihan luonnostaan se rooli.	Intervention toimivuudeksi roolin tulisi istua osallistuvalla luonnollisesti.	Roolien ottaminen		Koulutetut asiantuntijat
V2: vaatis varmaan vähän harjoittelua ennen kun se toimis.	Vaatisi harjoittelua ennen toimimista.			
V9: Se on varmaan ihan henkilöstä kiinni et mä en puhelimessa puhu ite muutenkaan kauheesti.	Ei kommunikoida muutenkaan puhelimen välityksellä.	Puhelinkontakti	Kontaktin luonne	
V9: Sehän on varmaan just sellainen ongelma, et itekki tekee mieli soittaa jollekin, mutta sitten ajattelee et se on ihan tyhjämpäväistä tai turhaa.	Soittaminen koetaan välillä turhaksi.			
V10: Puhelimessa puhuminen, on tyhjiä parempia huomattavasti.	Puhelimessa puhuminen on parempi kuin ei kontaktia lainkaan.			
V9: Sit jos haluaa olla hiljaa, niin se on puhelimessa	Hiljaiset hetket puhelimessa tuntuvat typeriltä.			

vähän typerää				
V1: Täällä ois semmonen ja ois sen puhelinnumero. Se jotenkin madaltaisi sitä, että kyllä mä kehtaan soittaa.	Tapaaminen aiemmin madaltaisi kynnystä soittaa.	Kontakti henkilökohtaisesti		
V6: Must taas tuntuu että kasvotusten puhuminen on helpompaa kuin puhelimen välityksellä viestinnän monipuolisuuden vuoksi.	Kasvotusten puhuminen on helpompaa kuin puhelimen välityksellä viestinnän monipuolisuuden vuoksi.			
V4: Minua viehättäisi taas se ajatus, että joku tulus käymään, kun koskaan ei käy vieraita.	Henkilökohtainen kotikäynti koettaisiin hyvä.			
V7: Onhan se nyt helpompi jos on samankaltaisii ihmisiä tai siis ihmisii samas tilantees, vertaistukee nyt.	Koulutetun vapaaehtoisen oma kokemus olisi tärkeää.	Koulutetun asiantuntijan edellytykset	Koulutettu asiantuntijarooli	
V5: Joo siis tää vertaisryhmä on ihan hyvä siinä, mut et siinä täytyis olla tarkka syyni siinä et se vertainen	Koulutetun vapaaehtoisen ollessa vertainen, hänen tulisi olla toipunut tietyille asenteille, että ei hän kuormita kuntoutujaa.			

on todella niinku toipunu siihen asteelle ettei se käy ite noukkimassa sitä tukea näiltä potilailta.			
V6: Seulonnan näissä ver- taisissa pitäis olla kuitenkin aika tarkka.	Seulonnan tulisi olla koulutetuksi vapaaeh- toiseksi pääsemiseksi tarkka.		
V6: Koulutus hyvä, ettei oo niinku pelkkä avulias aatu.	Koulutuksen tulisi olla hyvä koulutetulla vapaaehtoisella.		
V9: Sillä vapaaehtoisella on joku motiivia tehdä sitä, ei se varmaan vastentahto- sesti lähde hullujen kanssa leikkimään.	Interventiossa koulutettujen motiivi tehdä työtä koetaan hyväksi.		
V10: Se kontakti oli siinä vaiheessa niinku tärkeätä ja kyllä mä voisin niinku nimen omaan sosiaalisena kontaktina ja niinku kans- sapohitjana, kanssamenijä- nä mennä johonki tai semmosena nähdä se ar-	Koulutettu vapaaehtoinen nähtäisiin mielel- lään seuralaisena.		

vokkaana.				
V9: Se ei jotenki jos on liian koulutettu ihminen, niin siin saattaa sit jotenkin puuttua siihen hommaansa. Vapaaehtoisen kanssa ei varmaan mistään lääkkeistä puhuta.	Koulutetun vapaaehtoisen toiminta ei saisi olla liian ammatillista.			
V1: Ei oikeesti löydy ke- tään, koska mä en just halua rasittaa kavereita, enkä mä en niin sanotusti johki luota. Se ois siinä tapauksessa aivan mahta- vaa.	Kun läheisille tai ystäville keskustelu on valkeaa, interventio auttaisi.	Koulutetun vapaaehtoi- sen voimaannuttava vai- kutis		
V3: Kyl toi yhtenä tukimu- tona ois ihan hyvä.	Interventiota pidetään hyvänä tukimuoto- na.			
V10: Siis tällainen ammatti- laisen vetämä ryhmä niinku tän jatkohoitona ni on oi- keen toimiva ajatus.	Ammattilaisen vetämää ryhmää hoidon jatkona pidettäisiin toimivana.	Tukiryhmä	Toivotut interventiot	Mielenterveyskuntoutujan toivomuksia interventioiden toteutumisesta

V2: Siinä voi sitten myöhemmässä vaiheessa käyttää näitä muitakin vaihtoehtoja. Perustyö pitäisi tehdä siinä tukiryhmässä mun mielestä.	Tukiryhmää olisi hyvä hoidon alussa pohjata työnä ja myöhemmässä tuoda käyttöön muut vaihtoehdot.		
V3: Ois semmoinen aika strukturoitu niinku tavallaan terapeuttinen ryhmä.	Strukturoitua ja terapeuttista ryhmää pidetään toimivana vaihtoehtona.		
V3: Mä koen sen ensimmäisen vaihtoehdon hyväksijä, paremmaksi ton teeman käsittelyyn.	Tukiryhmä koetaan hyväksi yksinäisyyden käsittelyssä.		
V3: Tommonen tukihenkilö toimisi hirmu hyvin mun kohdalla.	Koulutettu vapaaehtoinen koetaan hyväksi vaihtoehdoksi.		
V10: Nää vertaishenkilöt, vapaaehtoiset niin se on monella kriteerillä toimiva positiivinen juttu.	Koulutettuja vapaaehtoisia, joilla on oma-kohtaista kokemusta sairauksista, pidetään hyvänä interventiona.		
V2: Toi ois teemana sellainen, joka vaatii useamman käyntikerran.	Yksinäisyyden käsitteleminen vaatisi useamman kerran.	Yksinäisyys keskeisenä teemana	

V5: Yksi teema mun mielestä. Yksinäisyys on laaja käsite ja tärkeä asia.	Yksinäisyys pitäisi ottaa yksittäisenä teemana esille interventioissa.		
V3: Mutta kyllä tota teemaa voisi käsitellä vähän enemmän.	Yksinäisyyttä teemana tulisi käsitellä enemmän		
V8: Se voi tuntuu ahdistavalta jos sitä niinku liikaa painottaa ja liikaa lähtee miettimään. Kyl siin niinku joku positiivinen juttu pitäis olla jottei se ahdistaa liikaa.	Voisi olla ahdistavaa painottaa ja miettiä yksinäisyyttä yhtenä asiana		
V8: Joka tapauksessa se riippuu siitä omasta työntekijästä	Asian esille tuominen riippuu omahoitajasta		
V8: Sosiaaliset suhteet ilman muuta on yks tärkeimmistä niistä puheena- heista mistä tulee puhe niissä yksilökeskusteluissa.	Sosiaaliset suhteet yksi tärkeimmistä yksilökeskustelun aiheista		

V5: Se mainitaan sillon tällön usein. Mutta siihen ei ole hirveästi puututtu.	Koetaan, että yksinäisyyteen ei puututa paljon.	Riittämätön puuttuminen yksinäisyyteen		
V1: Aika paljon täällä puhutaan siitä, että lähtee ja tekee asioita. Mutta ei niin kun just silläi, että jonkun kanssa tai menee jonkun luo.	Rohkaistaan tekemään asioita, mutta ei kerrota miten.			
V4: Olisi tavallaan vaikeoitunut samassa vaiheessa olevat tñn sairauden suhteen. Mitä vaikka noissa kolmannen sektorin paikoissa niin niissä on vähän vaikeeta olla, kun niissä on paljon kroonikkoja ja siten tota se kanssakäyminen on vähän hankalampaa.	Kanssakäyminen on hankalampaa, jos potilaat ovat eri vaiheissa sairautta.	Samankaltainen tausta ryhmäjäsenillä	Toivotuissa interventioissa huomioitavaa	

V2: Tätä pointti oli tosi hyvä, että ollaan suurin piirtein samoissa. Masennus on esimerkiksi meillä yhteen kosketuspinta. Sitten on ehkä muita diagnooseja sen lisäksi, mut ettei ole ihan laidasta laitaan.	Sairauden diagnoosin olisi hyvä olla ryhmäjäsenillä sama.		
V10: Samankaltaisuus siis taustoissa ja tilanteissa niin, se on myös tärkeätä, silloin se ryhmä nivoutuu yhteen paljonhelpommin kuin, jos siellä on ihan laidasta laitaan.	Ryhmä nivoutuisi paremmin yhteen, jos diagnoosin lisäksi ryhmäjäsenillä olisi samankaltaiset taustat.		
V9: Tommosiin ryhmiin ois hyvä tuoda semmosi ihmisiä, jotka on niinku terveitä ja niillon niinku kaikki kunnossa ja ne vois kertoa jostain asioista, niiku saisi vähän lifttiä hommaan.	Ryhmiin olisi hyvä saada "terveitä" ihmisiä, jotka antaisivat nostetta elämään.		



V8: Silloin jos voi tosi keh- nosti niin varmaan se kyn- nys mennä johonki tommo- seen ryhmään on samalla tavalla korkeempi kuin soittaa jollekki kaverille. Et se tarvi olla jotenki parem- pi hetki, et tuolla jaksaa ja pystyy menee mukaan.	Interventioihin osallistuminen vaatii osallis- tujalta jaksamista.		
V8: Se riippuu siitä, mikä se ympäristö niinkun on.	Ympäristö vaikuttaa ryhmään.	Ryhmän rakenne	
V10: Just tohon sosiaalis- ten taitojen, et sais sen niinku automaattiseksi, niinku se on ennen ollu.	Sosiaalisten taitojen opettamista pidettäisiin hyvinä, jotta saataisiin sosiaaliset taidot ennalleen.		